Lane Medical Library

Aus der Chirurgischen Universitäts-Klinik zu Königsberg Pr.,
Direktor: Prof. Dr. A. Läwen.

STANFORD UNIVERSITY 15 1939 LIBRARY

Über Mastdarmfisteln und ihre operative Behandlung

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät
der Albertus Universität zu Königsberg Pr.

vorgelegt von

Oskar Robert Brehm

KÖNIGSBERG Pr. 1937

I. Referent: Prof. Dr. A. Läwen.
II. Referent: Prof. Dr. Müller.

Druck der Buch- und Steindruckerei Gottl. D. Meyer, Libau.

Über Mastdarmfisteln und ihre operative Behandlung.

Auf wenigen Gebieten der Chirurgie herrschen so viele gegenteilige Meinungen wie gerade über Ätiologie und Therapie der Mastdarmfistel. Es besteht eine ganze Reihe von verschiedenen Ansichten, die auch durch Zahlen belegt worden sind. Indessen weisen die größeren Arbeiten, wie die von Kozuchowsky, Melchior, Greffrath, Allingham u. a. doch nur eine verhältnismäßig geringe Anzahl von Fällen auf. Dies liegt eben daran, daß die Mastdarmfistel überhaupt ein selteneres Leiden ist. Zumindest sind die zur Behandlung kommenden Fälle nicht sehr zahlreich, da es sich um ein mehr lästiges als quälendes Leiden handelt. Somit haben alle diese Statistiken letzten Endes doch nur einen bedingten Wert. Und doch läßt sich im großen und ganzen, von einigen Ausnahmen abgesehen, eine große Linie in ätiologischer und therapeutischer Hinsicht herausheben.

So freue ich mich und danke es Herrn Professor Läwen, daß er es mir zur Aufgabe gemacht hat, hier einen zusammenfassenden Bericht über den Stand der Dinge geben zu dürfen, wozu mir freundlicherweise das Material der Königsberger Chirurgischen Universitätsklinik zur Verfügung gestellt wurde.

Ich bin mir im klaren, daß sich aus der mir hierdurch zur Verfügung stehenden Zahl von Fällen keine alles beweisende Statistik zusammenstellen läßt; aber sie sind die Grundlage der von uns vertretenen Ansicht über Entstehung, Verlauf und Behandlungsweise der Mastdarmfistel, so wie sie heute auch von anderer Seite anerkannt wird.

Wenn man genau hinsieht, so beruhen die vielen gegenteiligen und auseinanderweichenden Ansichten über die Mastdarmfistel doch nur auf für das Ganze belanglosen Nebensächlichkeiten. Solange nicht erwiesen ist, daß z. B. die Tbc.

wesentliche ätiologische Bedeutung für die Mastdarmfistel hat, ist es doch gleichgültig, ob sie nun mit 14% oder 60%, so weit gehen die Meinungen hierüber auseinander, in Anschlag zu bringen ist, zumal diese Zahlen auch noch unter verschiedenen Voraussetzungen errechnet wurden.

Bevor wir nun näher auf das ganze Problem eingehen, lohnt es sich, die Frage zu beantworten, seit wann die Mastdarmfistel und damit ihre Behandlung datiert.

Die Mastdarmfistel ist ein altbekanntes Übel, welches schon die Griechen kannten und zu behandeln verstanden. So wurde die Spaltung schon von Hippokrates ausgeführt und stand auch später durch Galens Empfehlung lange Zeit als souveräne Behandlungsmethode in hohem Ansehen. Auch wurde damals schon die Ligatur angewandt. Später wurde dann von Celsus die Excision ausgeführt und blieb bis ins 17. Jahrhundert hinein gebräuchlich, geriet dann in Vergessenheit und wurde dann von den Amerikanern Smith und Lange wieder entdeckt und erneut aufgenommen. Auch die Cauterisation ist seit den ältesten Zeiten bekannt. Die Franzosen gebrauchten im 17. Jahrhundert die Polypenzange, zerstörten damit den ganzen Fistelgang, ganz gleich, was alles dabei daraufging, so daß meist eine Incontinenz übrig blieb, wenn der Patient nicht vorher starb (Esmarch). Der Leibchirurg Ludwig des XIV., Felix, führte 1687 nach erfolgloser konservativer Behandlung die einfache Spaltung mit dem „bistourie royal" durch. Die Operation gelang so gut, daß nach Heister viele Franzosen sich derselben Operation unterziehen wollten, obgleich sie gar keine Fistel gehabt hätten.

Pott führte 1765 wieder die einfache Incision aus. Heister empfiehlt das Syringotom, welches schon bei Galen in Gebrauch war. Mit diesem durchschnitt er ebenfalls alle zwischen Fistel und Darm liegenden Weichteile, da er der Ansicht war, daß bei sonst gesunden Personen auch eine Durchschneidung der Sphincteren keinen Nachteil verursacht. Ebenso empfiehlt er die Spaltung des Fistelganges nach vorheriger Einführung einer biegsamen Sonde, wie dieses von Esmarch wieder aufgenommen wurde. Es kamen immer neue Verfahren auf und wurden mit mehr oder weni-

ger Erfolg benutzt, z. B. die Kompression der Fistelgänge, subcutane Durchtrennung der Sphincteren, das Excressement und schließlich die Galvanocaustik. Der größte Teil dieser Methoden ist wieder der Vergessenheit anheimgefallen und zum Teil als Kuriosum in älteren Lehrbüchern zu finden.

Vorkommen.

Es stehen mir 101 Fälle aus den Jahren 1928—1936 zur Verfügung. Es sind also im Jahre im Durchschnitt 12,6 Fälle, was auch der Ansicht von Melchior entspricht (11—12), während es bei Kozuchowsky im Zeitraum von 15 Jahren schon 18—19 Fälle sind. Diese geringen Zahlenunterschiede sind von nicht zu großer Bedeutung; denn schließlich sind diese Zahlen immer nur aus einer Klinik und richten sich eben nach dem Angebot speziell dieser Anstalt. Jedenfalls handelt es sich nicht um ein allzuhäufiges Übel, obgleich sicher ein gewisser Prozentsatz von Fistelträgern infolge geringer Beschwerden überhaupt nicht zur Behandlung kommt.

Die Mastdarmfistel kommt in jedem Lebensalter vor. Greffrath hat hierüber in seiner Arbeit eine Tabelle angelegt, die folgendermaßen aussieht:

½—1	Jahr	1	Pat.	= 1,7%
1—10	„	1	„	= 1,7%
10—20	„	6	„	= 9,8%
20—30	„	17	„	= 27,9%
30—40	„	18	„	= 29,5%
40—50	„	8	„	= 13,1%
50—60	„	6	„	= 9,8%
60—70	„	4	„	= 6,6%

Hieraus ergibt sich, daß die Jahre von 20—40 die meisten Erkrankungen aufweisen. Bis zu diesem Zeitpunkt bemerken wir ein langsames Ansteigen, nachher einen steten Abfall. Bemerkenswert ist, daß von den hier angeführten 61 Fällen nur einer eine Frau betrifft.

Rotter und Borchard geben das 3.—5. Lebensjahrzehnt als diejenige Altersstufe an, in dem die Krankheit

am häufigsten auftritt. Bei den von uns untersuchten Fällen fanden wir folgende Werte:

½—1	Jahr	0	Pat.	= 0,0%
1—10	„	1	„	= 1,0%
11—20	„	2	„	= 2,0%
21—30	„	31	„	= 30,7%
31—40	„	32	„	= 31,7%
41—50	„	22	„	= 21,8%
51—60	„	8	„	= 7,9%
61—70	„	3	„	= 2,9%
71—80	„	2	„	= 2,0%

Wir finden hiernach diesen Zeitraum bei uns sogar um ein Jahrzehnt nach unten erweitert, und können so die Altersstufe von 20—50, also die sogenannten „besten Jahre", als besonders häufig befallen angeben. Es wird dieses sicher auch bei größeren Zahlen als den uns zur Verfügung stehenden so sein. Ebenso wie alle Lebensalter finden wir auch Vertreter aller Stände und Klassen unter den Fistelträgern. Es läßt sich hierzu höchstens sagen, daß die Mehrheit bei den minderbemittelten Volksgenossen zu sein scheint, soweit es aus den Berufsangaben in den Krankengeschichten ersichtlich ist.

Aus allen durchgesehenen Arbeiten geht ferner hervor, daß Männer viel häufiger befallen werden als Frauen. (Melchior, Kozuchowsky, Greffrath). Nach einer neueren Aufstellung von Frey sind unter 72 Fällen 20 weiblichen Geschlechts.

Wir haben bei 101 Fällen 25 Frauen. Es scheint also sicher, daß die Mastdarmfistel beim männlichen Geschlecht weit häufiger anzutreffen ist, und zwar etwa im Verhältnis von 1 : 3. Rotter — Borchard sprechen sogar von 90% Männern. Warum dieses so ist, läßt sich nicht ohne weiteres erklären. Jedenfalls wird durch diese Tatsache die Annahme widerlegt, daß durch Stauung harter Kotmassen und dadurch bedingte Schädigung der Darmwand Fisteln entstehen könnten. Denn einerseits leiden Frauen bekanntermaßen viel häufiger an Verstopfungen, andererseits stellen sie nur eine geringe Anzahl von Fistelträgern.

Pathologisch-anatomische Bemerkungen.

Da die Untersuchungen verschiedener Autoren über die anatomischen Verhältnisse im unteren Rectalabschnitt für die Ätiologie nicht unwesentliche Bedeutung gezeitigt haben, so möchte ich auf diese noch vorher eingehen. Untersuchungen, die Thaler an Foeten vornahm, zeigten im Rectalsinus mit mehrschichtigem Zylinderepithel ausgekleidete Lacunen und Gänge, die bis in die Sphincter hineinreichten. Es fand sich in diesen Gängen am Beginn Zylinder-, tiefer hinein kubisches und schließlich in den Endverzweigungen Plattenepithel. Die sonstigen Rectalsinuus waren mit einfachem oder mehrschichtigem Zylinderepithel ausgekleidet, was ja der Norm entspricht. Thaler weist hier auf Cruveilhier (Traité d'anatomie descriptive) hin. Dieser spricht von Schleimhautkrypten oder drüsenartigen Formationen der Analregion, in denen er Rudimente eines bei verschiedenen Tieren sehr entwickelten Organes sieht. Ähnliches bespricht Gustave Herrmann, der zwischen 1) einfachen Einsenkungen und 2) tieferen engen Kanälen, bis in den Sphincter internus vordringenden Excavationen, unterscheidet. Letztere faßt er ebenfalls als rudimentäres, drüsiges Organ auf.

Meisel beschreibt 2 genau untersuchte Fälle von epithelisierten Fisteln, die beide Fremdkörper enthielten, so daß man leicht denken könnte, es handele sich hier um durch Femdkörper hervorgerufene Fisteln. Auch dies kommt ätiologisch durchaus in Betracht, aber in diesen beiden Fällen handelt es sich um Traubenkerne, bzw. Kümmelkörner, also beides Dinge, die kaum zu einer Perforation der Darmwand und damit zur Fistelbildung führen können. Es ist vielmehr daran zu denken, daß hier die Fremdkörper, genau so wie wir das auch bei der Appendix sehen, in einen präformierten Gang gelangt sind. Dafür spricht auch die histologische Untersuchung der genannten Fälle. Es findet sich durchgehend gleichhohes Epithel mit gut ausgebildeten Papillen, zum Teil sogar geordnet, auf lockerem Bindegewebe sitzend. Weiterhin finden sich Züge glatter Muskulatur und zahlreiche elastische Fasern, und schließlich fehlt jegliche Infiltration. Es handelt sich also um Epithelschläuche, die mit dem Darm in offener Verbindung stehen. Ebenso wie es kaum anzunehmen ist, daß durch

Traubenkerne eine Fistel entstehen soll, so ist es sicher ebenso selten, daß eine entstandene Fistel eine so geordnete Epithelschicht aufweisen könnte.

Hierzu erinnern wir uns auch der Arbeit von Gordon, Watson und Dodd. Auch diese Autoren beschreiben 3 Fälle von ischiorectalen Fisteln, die eine gerade noch sondierbare Kommunikation mit dem Anus hatten. Es wurde mikroskopisch eine Auspolsterung der Wände mit Epithelien, die den intramuskulären Drüsen gleichen, (des Sphincter externus), festgestellt und davon die Entstehung von Abscessen und weiterhin von Dauerfisteln vermutet.

Ferner hat Peiser noch Untersuchungen über den Verlauf der Lymph- und Blutbahnen dieser Gegend sowie die Muskelverhältnisse angestellt. Er kommt zu dem Ergebnis, daß die Lymph- und Blutbahnen keinen außergewöhnlichen Verlauf zeigen. Er führt aber Gerota an, welcher feststellte, daß die Lymphbahnen dieser Gegend ein sehr dichtes Netzwerk bilden und daß die submucösen enge und vielfache Verbindungen mit den außenliegenden Bahnen aufweisen. Sie verlaufen anfangs zwischen Mucosa und Muskularis, durchbrechen dann die Muskularis, um nun an der Außenwand des Rectums seitlich nach aufwärts zu ziehen und erst hier in die eigentlichen Rectallymphdrüsen zu münden, welche nicht etwa mit den Kreuzbein- und Mesorectaldrüsen identisch sind. Peiser ist der Ansicht, daß bei periproktitischen Eiterungen die Ausbreitung der Infektion auf dem genannten lymphogenen Wege vor sich geht, da metastatische Prozesse bei diesen Eiterungen sehr selten sind. Die Untersuchungen über die Muskelverhältnisse zeigten, daß zwischen der Längsfaserschicht des Rectums und den Sphincteren Verbindungen bestehen, und zwar werden diese von den Längsfasern zum Teil durchbrochen und umschlungen. An dieser Stelle tritt außerdem der m. levator an das Rectum heran. Er bezeichnete diese Stelle als „Wetterecke". Bei der Defäcation zieht der Levator das Rectum gewissermaßen über die Kotsäule und setzt dadurch diesen Rectalabschnitt ganz besonders dem Innendruck aus. Es ist dieses auch die Gegend, wo die Lymphbahnen der Submucosa die Muskularis durchbrechen.

Es handelt sich hier also um ein Gebiet, das schon von vornherein einen nicht ungünstigen Boden für die Entstehungen von Entzündungen, Abscessen und schließlich Fistelbildungen abgibt.

Ätiologie.

Hierbei sind eine ganze Reihe von Ursachen in Betracht zu ziehen. Bevor ich nun näher auf die ätiologisch in Frage kommenden Noxen eingehe, möchte ich darauf hinweisen, daß in 59 von unseren Fällen anamnestisch ein periproktitischer Absceß vorangegangen ist. Davon sind in 52 Fällen die Fisteln unmittelbar an den Absceß aufgetreten oder als Residuum zurückgeblieben [1]). In den restlichen 7 Fällen liegen in der Krankengeschichte keine Angaben darüben vor, ob die Fisteln direkt im Anschluß an den Absceß entstanden sind [2]). Bei weiteren 12 Fällen liegt zwar anamnestisch kein Absceß vor, nach den Umständen ist es aber anzunehmen, daß die Fisteln im Anschluß an den Absceß entstanden sind. Bei 5 Fällen hiervon wurde bei der Operation eine Abscßhöhle eröffnet, so daß angenommen werden kann, daß auch hier ein Absceß der Fistel vorangegangen ist [3]). Bei den übrigen 7 Fällen geht aus dem Wortlaut der Krankengeschichten nicht einwandfrei hervor, ob die Fisteln nach einem Absceß entstanden sind, doch läßt die Darstellungsweise mit ziemlicher Sicherheit darauf schließen [4]).

Hiernach ist der periproktitische Absceß im größten Teil der Fälle als mittelbare Ursache der Analfistel anzusehen, umsomehr als häufig eine andere direkte Ursache nicht auffindbar ist. Wenn nun einerseits auf einen periproktitischen Absceß eine Analfistel folgt, und wir oft die Ursache desselben nicht feststellen können, so geben uns andererseits eine ganze Menge von Erkrankungen, die einen Absceß zur Folge haben, doch Aufschluß über die Möglichkeiten, die wir hierbei ätiologisch zu beachten haben. So können wir den periproktiti-

[1]) 2, 3, 4, 5, 11, 12, 13, 14, 16, 18, 21, 22, 24, 26, 27, 29, 30, 33, 34, 37, 38, 40, 41, 42, 43, 46, 50, 51, 52, 55, 56, 57, 58, 64, 65, 68, 69, 72, 76, 78, 79, 80, 83, 86, 87, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 100.

[2]) 6, 28, 59, 75, 81, 85, 101,

[3]) 20, 31, 61, 71, 73.

[4]) 1, 10, 25, 49, 63, 70, 88.

schen Absceß als Vorstufe der Analfistel betrachten, denn wir finden ihn in über der Hälfte der Fälle als vorangegangen. In dem restlichen Teil der Fälle (30), wo von einem Absceß in der Analgegend nichts bekannt war, müssen wir uns mit der Erklärung begnügen, daß es sich hier scheinbar um spontane Fistelbildungen handelt, wenn nicht, wie in einzelnen Fällen, Traumen, Hämorrhoiden etc. als direkte Ursachen anzusprechen sind. Bereits Heister spricht davon, daß sehr häufig ein Absceß der Fistel vorangegangen ist. Borchard-Rotter stellen ebenfalls den periproktitischen Absceß an die Spitze der ätiologischen Betrachtungen, um dann die einzelnen Möglichkeiten anzuschließen, die zu seiner Entstehung führen. Esmarch sagt über die Entstehung, daß die Fisteln häufig nach Entzündungen in den Morgagni'schen Lacunen, die einen Absceß zur Folge haben, auftreten. Auch Frey fand in fast allen Fällen eine Periproktitis als Entstehungsursache für die Fistel. Wenn wir aber die Ätiologie der Mastdarmfistel behandeln wollen, und wir dieselbe in den meisten Fällen als Residuum eines Abscesses betrachten, so liegt es nahe in erster Linie die Ätiologie der Abscesse zu klären. Um nun hierbei keine Teilung der Betrachtung herbeizuführen, indem wir 1) die Ätiologie der Abscesse und 2) die der übrigen Fistelbildungen besprechen, wollen wir dies als für beides gültig erachten und gemeinsam behandeln, zumal wir feststellen konnten, daß ein und dieselbe Noxe einmal über einen Absceß zur Fistel führte, ein anderes Mal scheinbar spontan eine solche entstehen ließ. Schließlich kann man sowohl die Fistel als auch den Absceß als Zustandsbilder verschiedener Erkrankungen, in deren Verlauf diese zusammen oder auch nur einzeln auftreten, ansehen.

Somit wäre dann der Ausgangspunkt für die nun folgenden eigentlichen ätiologischen Betrachtungen gegeben.

Wir wollen nachstehende Reihenfolge in unserer Betrachtung einhalten:

a) Kongenitale und Epithelfisteln.
b) Fremdkörperfisteln.
c) Fisteln nach Typhus.
d) Fisteln nach Hämorrhoiden.

e) Tuberkulose und Fisteln.
f) Andere seltenere Ursachen:
1. Diabetes.
2. Traumen.
3. Lues.
4. Actinomycose.

Kongenitale und Epithelfisteln.

Über bereits angeborene Mastdarmfisteln ist wenig bekannt, da diese zu den größten Seltenheiten gehören. Es handelt sich hierbei, wie Bartholdy meint, um eine Hemmungsmißbildung als Rest des hinteren Teiles des Urmundes in seiner primitiven Form. Auch Läwen ist der Ansicht, daß es sich um eine Hemmungsmißbildung und zwar im Gefolge der Atresia ani handelt. Dies ist entwicklungsgeschichtlich dadurch zu erklären, daß bei der Atresia ani die Reichel'sche Furche, die sich sonst vom Anus her schließt, hierbei durch Kot bzw. Meconiumeintritt offen gehalten wird und sich nun nicht schließen kann. Es besteht also Keibels Ansicht über die Entstehung der kongenitalen Fistel bei Atresia ani nicht zu Recht, daß nämlich durch Kotstauung und dadurch bedingten Druck eine Fistel gebildet wird. Außerdem liegt ja die echte, mit Epithel ausgekleidete kongenitale Fistel stets median, was auch entwicklungsgeschichtlich nicht anders möglich ist.

Unter unseren Fällen fanden sich zwar einige Epithelfisteln, indessen handelt es sich dabei wohl in keinem Fall um eine kongenitale Fistel. Trotzdem sind diese später auftretenden Epithelfisteln den erstbesprochenen nahestehend. Es handelt sich bei diesen zwar nicht um eine entwicklungsgeschichtlich erklärbare Hemmungsmißbildung, wie von Läwen und Bartholdy besprochen, aber doch um eine Fistelart, die auf Grund einer Anomalie im Bau der unteren Rectalwandung ihre Erklärung findet. Ich habe bereits in den anatomisch-pathologischen Bemerkungen darauf hingewiesen. Hier sei noch Tavel erwähnt, der in einer Arbeit zur Genese der Analfistel Chiari mit seinen 800 Untersuchungen anführt. Dieser fand, daß sich von den Morgagni'schen

Lacunen herniöse, mitunter sehr lange und umfangreiche Ausstülpungen der schleimhautartigen innersten Schicht entwickeln. Nach Art der Pulsionsdivertikel kommt es schließlich zu Analfisteln (Chiari'sche Divertikel).

Ich erinnere ferner an die beiden Fälle von Meisel. Es handelte sich bei diesen um Fremdkörper in praeformierten Gängen. Diese Gänge entwickelten sich dann zu Fisteln, und erst die histologische Untersuchung zeigte, daß es sich hier um ein planvoll angelegtes Gebilde handelt.

Soweit wir es nun mit rein inneren Fisteln zu tun haben, besteht eigentlich kein Gegengrund, anzunehmen, daß sie nach dem schon beschriebenen Modus entstanden sind. Auch bei completen Fisteln können wir annehmen, daß sie sich aus einer ursprünglich inneren Fistel durch Perforation nach außen hin gebildet haben. Über einen solchen Fall können wir berichten (50). Die Fistel trat nach Perforation einer kleinen Anschwellung neben dem Anus auf und schloß sich nicht mehr. Bei der Operation fand sich ein vollständig epithelisierter Gang. Leider liegt kein Bericht über eine histologische Untersuchung vor.

Schwierig ist dagegen die Erklärung für die Entstehungsweise äußerer, incompleter Epithelfisteln. Wir fanden 2 solcher Fisteln unter unseren Fällen (8 u. 19). Im ersten Fall gelang die Sondierung von außen ca 4 cm tief bis dicht unter die Rectalschleimhaut. Histologisch fand sich ein mit Plattenepithel ausgekleideter Gang in chronisch-entzündlicher Umgebung, die als unspezifisch angesprochen wird. Im zweiten Fall bestand die Fistel schon längere Zeit ohne sich durch große Beschwerden bemerkbar zu machen. Nur die dauernde, aber sonst mäßige Sekretion veranlaßte den Patienten zur Untersuchung zu kommen. Die Fistelöffnung war stecknadelkopfgroß und reizlos. Sondierung gelang zum Rectum hin bis dicht unter die Analschleimhaut. Bei der Operation wurde auch noch eine kleine Absceßhöhle eröffnet. Histologisch fand sich ein epithelausgekleideter Gang und rundherum chronisch-entzündliches Gewebe. Da es sich nach dem Befund um äußere, incomplete Fisteln handelt, kann man nicht ohne weiteres ihre Entstehung ableiten. Man kann nur die Vermutung aussprechen, daß sich die innere Fistelöffnung

nachträglich geschlossen hat, was aber nicht sehr wahrscheinlich ist. Schließlich besteht auch die Möglichkeit einer Epithelisierung von außen her, was bei längerem Bestehen einer Fistel (19) nicht auszuschließen ist. (König). Warum tritt das aber dann so selten ein? Denn ein langjähriges Bestehen von Fisteln finden wir absolut nicht so selten. Eine Klärung dieser Frage könnte wohl nur durch eingehende histologische Untersuchungen der Fistelwandungen erreicht werden. Es müßte sich dabei zeigen, ob dieselben einen regelmäßigen Aufbau der einzelnen Zellagen aufweisen, oder ob es sich da nur um oberflächliche, unregelmäßige Epithelauflagerungen handelt. Smith vertritt den sehr radikalen Standpunkt, daß es überhaupt keine incompleten Fisteln gebe. Man hat nur die innere Öffnung in solchen Fällen nicht gefunden. Das vereinfacht natürlich die Situation. Es fragt sich aber, ob das stets den Tatsachen entspricht. Bekannt ist ja, daß ein Teil der Fälle, die nach der ersten Untersuchung als incomplete Fisteln angesehen werden, sich bei der Operation doch noch als complete Fisteln entpuppen. Häufig besteht auch nur eine dünne Wand zum Rectum hin, die ganz leicht durchstoßen werden kann und wo es unerwiesen bleibt, ob nicht schon eine Verbindung bestand, die sich nachträglich geschlossen hat. Kaufmann sagt hierzu, daß eine innere Öffnung überhaupt nicht zu bestehen braucht, es genügt eine dünne Schicht, die ja durchlässig ist. Es sind dies zwar nicht anatomisch, so doch funktionell complete Fisteln.

Wir unterscheiden also die entwicklungsgeschichtlich bedingten Fisteln, die wir als Hemmungsmißbildung ansehen und die auf Grund eines kongenital angelegten, praeformierten Ganges entstandenen Fisteln. Gemeinsam ist beiden die Epithelauskleidung.

Fremdkörperfisteln.

Wir schließen die Besprechung der Fremdkörperfisteln an, weil ihre Entstehung nicht zuletzt auf den besonderen anatomischen Bau des unteren Rectumabschnittes zurückzuführen ist. Während die verschiedenen verschluckten Gegenstände wie Fischgräten, Knochensplitter, Kerne und Körner

aller Art den übrigen Darmtractus anscheinend ohne Schwierigkeit passieren, bleiben sie bisweilen im letzten Abschnitt hängen. Es treffen dafür mehrere Umstände zusammen, die ein Steckenbleiben in diesem Darmteil begünstigen. Einmal staut sich hier der Kot, wird durch Wasserentzug und Darmbewegung zu festen Ballen geformt, um bis zur nächsten Defäcation liegen zu bleiben. Dabei können sich Fremdkörper leicht in den vielen Buchten und Taschen fangen. Kommt nun noch der allseitig kräftige Druck bei der Entleerung hinzu, so werden insbesondere spitze und scharfe Dinge geradezu in die Wandung hinein gepreßt, sofern sie nicht gut von Kot umhüllt sind und auch sonst eine günstige Lage einnehmen. Letzteres wird allerdings wohl häufiger der Fall sein, denn es gelangen doch massenhaft Fremdkörper der oben beschriebenen Art mit den Speisen in den Verdauungskanal. Dagegen sind Fremdkörperfisteln relativ selten; denn es sind verhältnismäßig wenige Fälle, wo bei der Operation ein Knochensplitter oder dergleichen gefunden wird und wo wir dann mit Bestimmtheit sagen können, daß dieser die Ursache der Fistelbildung gewesen ist. Wenn wir diese Fisteln selten finden, so mag es auch daher kommen, daß ein solcher Art eingespießter Fremdkörper meistens recht heftige Beschwerden verursacht und die Betroffenen schon frühzeitig zur Behandlung kommen. Mir ist ein solcher Fall in Erinnerung. Ein Patient bekam plötzlich heftigste Schmerzen im Mastdarm. Der hinzugezogene Arzt stellte einen Fremdkörper in der Ampulle fest, der an der Vorderwand des Rectums festsaß. Nach 2 Tagen war derselbe noch nicht abgegangen und nun gelang es dem selben Arzt nur unter großen Mühen, und wie sich nachträglich herausstellte, unter ausgedehnter Beschädigung der Rectalschleimhaut den Fremdkörper zu entfernen. Dieser erwies sich als ein ca. zehnpfennigstückgroßer Knochensplitter mit scharfen, unregelmäßigen Rändern. In der Folge bildete sich im Rectum ein tiefes Ulcus, anschließend ein weitgreifender periproktitischer Absceß. Es zeigt jedenfalls, daß solche Fälle durchaus ernst zu betrachten sind und unbedingt in fachärztliche Behandlung gehören.

Nicht alle Fremdkörper scheinen derartig heftige Beschwerden auszulösen. Melchior führt einen Fall von

Depage an, bei welchem ein Knochensplitter 33 Jahre hindurch eine Fistel unterhalten haben soll.

Die bereits im vorigen Abschnitt erwähnten Fälle von Meisel können wir nicht zu den Fremdkörperfisteln zählen; denn es handelte sich um praeformierte Gänge, in welche erst nachträglich Trauben- bzw. Kümmelkörner hineingelangt waren, während bei den eigentlichen Fremdkörperfisteln der Gang erst durch den Fremdkörper angelegt wird. Wir können nur insofern einen Zusammenhang sehen, als in beiden Fällen durch das Auftreten der Fremdkörper die Beschwerden anfingen.

Unter unseren Fällen fanden wir nur eine Fremdkörperfistel, d. h. wo die Erkrankung einwandfrei durch einen Fremdkörper eingeleitet wurde (34). Patient hatte einen Abscess gehabt, bei Incision desselben wurde eine Fischgräte als auslösende Ursache gefunden. Nach Abheilung der Wunde blieb eine Fistel zurück. Es ist sehr wahrscheinlich, daß eine innere Fistel schon vorher bestanden hat, obgleich bei der Operation, die rund 1 Jahr nach dem beschriebenen Absceß ausgeführt wurde, keine innere Fistelöffnung festgestellt werden konnte. Es ist jedenfalls eine feststehende Tatsache, daß ein geringer Prozentsatz von Analfisteln nach Läsion der Darmwand durch Fremdkörper und Verbleiben derselben im umliegenden Gewebe entsteht.

Fisteln nach Typhus.

Ebenso nicht gerade häufig sind Fisteln, die nach Typhus abdom. auftreten. (Wunderlich, Esmarch, Hutinel). Ihre Entstehungsweise wird folgendermaßen erklärt: Beim sogenannten Colotyphus reichen die Geschwüre bis tief ins Rectum hinunter (Keen, Küster). Es kommt nun leicht zu Wandabscessen, die ihrerseits zu Fisteln führen. Diese werden aber nach Horton Smith (Lancet 1900) nicht durch Typhusbazillen selbst, sondern durch 1). Streptococcen, 2). Bact. coli ausgelöst. In anderen Fällen sollen die Fisteln durch Perforation der Geschwüre in das periproktale Gewebe hinein entstehen. Nordmann berichtet über 17 Fälle von ulcerösen Proktitiden nach Typhus. Die Hälfte der Fälle kamen später wegen multipler Mastdarmfisteln zur weiteren Be-

handlung. Wenn auch im allgemeinen Typhusgeschwüre nur im Dünndarm zu finden sind, so ist es nicht stets der Fall. Ich habe bei der Sektion des Darmes eines an Typhus verstorbenen Mannes ausgedehnte Ulcera im Bereiche des ganzen Dickdarmes, speziell auch im Rectum, gesehen (Typhusepidemie 1934 Königsberg Pr.). Solche schweren Fälle werden wohl selten durchkommen und damit die beschriebenen ulcerösen Prozesse im untersten Darmabschnitt kaum zu Fisteln Anlaß geben können. Wie aber die Fälle von Nordmann beweisen, muß man auch diese Möglichkeit ins Auge fassen.

Fisteln nach Hämorrhoiden.

Gerade in letzter Zeit sind über den Zusammenhang zwischen Analfistel und Hämorrhoiden interessante und neue Ansichten niedergelegt worden, auf die wir noch später eingehen wollen. Bereits Esmarch stellt als eines der Grundübel und Vorläufer der späteren Fistel die Hämorrhoidenbildung hin. Nach Melchior führt die Vereiterung eines Hämorrhoidalknotens zum periproktitischen Absceß, dieser muß dann incidiert werden, und da die Heilungstendenz gewöhnlich schlecht ist, verbleibt eine Fistel. Auch Götz glaubt an einen causalen Zusammenhang zwischen Hämorrhoiden und Analfisteln. Bei seinem Material, es sind dies 95 Fälle, waren allein 23 mit Hämorrhoiden kombiniert. Dies ist allerdings ein recht hoher Prozentsatz, und es mag auch der Zufall hier eine Rolle spielen. Jedenfalls lassen sich von 95 Fällen schwerlich absolute Prozentzahlen errechnen (Kirschner).

Willrich führt Suntheim an, der selbst eine Fistel hatte, die im Anschluß an ein Druckgeschwür in Folge vernachläßigter Hämorrhoiden entstanden war.

In einer kürzlich erschienenen Arbeit von Baumann und Blond, Wien, kommen die Autoren zum Schluß, daß die Fistelkrankheit nichts als eine Thrombophlebitis purul. ani ist, die erst mit Entstehung eines Abscesses in Erscheinung tritt und dann die Fistel hinterläßt. Die Fistelgänge und deren Verzweigungen sehen sie als die phlebitisch erkrankten und ihres Endothels beraubten Venen an, welche unfähig sind,

Granulationen zu bilden und sich daher auch nicht schließen. Dagegen spricht allerdings die Tatsache, daß wir in den allermeisten Fällen bei der Operation einen oder mehrere von Granulationen ausgefüllte Gänge aufdecken. Die Angaben über den zahlenmäßigen Anteil der nach Hämorrhoiden aufgetretenen Fisteln sind auf jeden Fall sehr gering, was wohl auch daran liegt, daß bisher wenig auf diese Zusammenhänge achtgegeben wurde.

Wir fanden hierzu 9 Fälle (7, 17, 28, 53, 54, 66, 72, 95, 97), in denen zum Teil direkt nach einer Thrombophlebitis oder einem Absceß die Fisteln aufgetreten waren, zum Teil neben einer Fistel Hämorrhoiden gefunden wurden. In 5 Fällen (17, 28, 53, 95, 97) traten die Fisteln einwandfrei nach Hämorrhoidalbeschwerden auf, bzw. nach einem vereiterten und aufgebrochenen Hämorrhoidalknoten. In einem von diesen Fällen (53) wurde allerdings durch die histologische Untersuchung der tuberkulöse Charakter der Fistel festgestellt, außerdem hatte der Patient vor Jahren eine Lues gehabt.

In den übrigen 4 Fällen ließ sich ein sicherer Zusammenhang zwischen dem Auftreten der Fisteln und den bestehenden Hämorrhoiden nicht nachweisen.

Wir haben somit unter einer fast gleichen Anzahl von Fällen wie die von Götz einen weitaus geringeren Prozentsatz. Eins läßt sich wohl mit Sicherheit sagen, daß nämlich ein causaler Zusammenhang besteht, wenn auch der prozentuale Anteil gering ist. Im übrigen sind die Untersuchungen hierüber wohl noch nicht als abgeschlossen zu betrachten.

Tuberkulose und Fisteln.

Eins der umstrittensten Gebiete in der Ätiologie der Analfistel ist die Bedeutung der Tuberkulose für sie. Kaum eine andere Ursache hat so viele gegenteilige Ansichten auftreten lassen. Die Angaben schwanken zwischen 3% (Fausler) und 76% (Borchard — Ritter). Letzten Endes läuft dieser Streit doch auf die Frage hinaus: hat die Tuberkulose wesentliche, ätiologische Bedeutung oder nicht. Diese beiden Ansichten finden wir in wechselnder Reihenfolge von den

verschiedenen Autoren vertreten. Man kann sie in 2 Lager teilen. Die einen sehen in der Tuberkulose die Hauptursache für die Fistelkrankheit, die anderen schreiben ihr eine nur untergeordnete Rolle zu. Diese sind insofern im Nachteil, als sie keine andere, bessere Erklärung der Ätiologie geben können und resignierend gestehen, daß sie es eben nicht wissen. Die Mehrheit ist allerdings davon überzeugt, daß der Tbc. eine nicht unwesentliche Bedeutung zuzumessen ist. Lassen wir nun Vertreter der beiden Autorengruppen selbst sprechen.

Bereits Heidenhain weist darauf hin, daß Phtisiker am häufigsten unter Analfisteln zu leiden haben. Greffrath fand unter 61 Fistelträgern 10 mit einer Lungentuberkulose behaftet und weitere 7 hereditär belastet. Er schließt daraus, daß ein Causalnexus zwischen der Tbc. und den Analfisteln besteht.

Melchior hält 61 % für eine Minimalzahl, da sie nur die an einer Tbc. verstorbenen erfaßt. Die Frage, ob die Analfistel a) eine selbständige Komplikation oder b) eine Lokalisation der Tbc. ist, will er mit Allingham zu a) hin beantworten. Allingham ist nämlich der Meinung, daß die Disposition tuberkulöser Menschen zum Erwerb von Analfisteln in einer verringerten Widerstandskraft gegen alle möglichen schädlichen äußeren Einflüsse besteht. Ferner weist er darauf hin, daß bei Phtisikern häufig Schwund des Fettgewebes in der Fossa ischiorectalis eintritt, und diese Gegend damit an natürlicher Widerstandsfähigkeit einbüßt.

In einer späteren Arbeit stellt Melchior erneut fest, daß seine früheren Angaben sicher nicht zu hoch gegriffen seien. Er fordert in jedem Falle die histologische Untersuchung auch bei nicht tuberkulösen Patienten; denn es gibt spezifische Fisteln bei tuberkulosefreien Patienten. Häufiger aber sind unspezifische Fisteln bei Tuberkulösen, und falls nicht andere Ursachen (Fremdkörper, Actinomycose) festgestellt sind, muß eine Tbc. angenommen werden. Er schlägt ferner vor, stets einen Tierversuch, gewissermaßen prophylaktisch, zu machen, und zwar, wenn die Fistel sich noch im Absceßstadium befindet. Oft fällt dieser Versuch positiv aus, während die spätere histologische Untersuchung ein negatives Resultat ergibt.

Götz sagt mit Volkmann, daß die Mastdarmfistel die Bedeutung eines Tbc.-Geschwürs hat und als lokaler Prozeß im Hinblick auf die fungösen Granulationen und die Unterminierung der Haut aufgefaßt werden kann. Interessant sind die von ihm angeführten vergleichenden Zahlen. Es sind dabei nur die Fistelträger mit einer manifesten Lungentbc. berücksichtigt worden.

Allingham	1632	Fälle	davon	234	Tbc.	= 14%
Hartmann	48	„	„	23	„	= 50%
Greffrath	61	„	„	10	„	= 16%
Melchior	132	„	„	81	„	= 61%

Zu beachten ist der niedrige Prozentsatz bei einer so großen Zahl von Fällen, wie sie von Allingham behandelt wurden.

Chutro sagt, daß alle essentiellen Fisteln tuberkulöser Natur seien, nennt aber hierzu weiter keine Zahlen. Ihre Entstehung führt er auf Embolien, die auf dem Wege über die Hämorrhoidalis sup. zustande kommen, zurück. Es kommt zum Absceß, der nach dem Rectum hin perforiert, und eine schmerzhafte Dauerkontraktion des Schließmuskels auslöst. Stuhl und Gase werden zurückgehalten und in die Höhle gedrängt, weiten diese und bohren Gänge, die dann schließlich nach außen durchbrechen.

Battaglia nimmt die Tuberkulose als Ursache der Fistel in 50% aller Fälle an. Von 4 Fällen waren 2 mit Tbc. pulm. behaftet, 2 ohne diese. Diese Schlußfolgerung bei nur 4 Fällen erscheint jedoch etwas gewagt.

Chisholm hatte dagegen 155 Fälle aufzuweisen, von denen 18 eine stationäre, 31 eine aktive Lugentbc. hatten. Hier ist es durchaus berechtigt auf eine enge Beziehung zwischen Fistel und Tbc. zu schließen. Auch dieser Autor fordert den Tierversuch und den Kulturnachweis, da die histologische Untersuchung oft negativ ausfällt. Letzteres wird auch durch Martin erwiesen, der bei Lungentuberkulösen einen histologisch-positiven Befund der Fisteln nur in 56% der Fälle fand. Aus diesem Grund empfehlen Reichle und Tietze

zu impfen, denn der histologische Nachweis genüge nicht, da Riesenzellen auch ohne Tbc. auftreten können.

Wenn nun die genannten Autoren mehr oder minder in erster Linie die Tbc. für das Auftreten der Analfistel verantwortlich machen, so gibt es dagegen nicht wenige, die davon nicht überzeugt sind. Frey z. B. spricht der Tbc. nur geringe Bedeutung zu. Er gibt 6,9% an und rechnet dabei nur solche Fisteln zu den tuberkulösen, bei denen der histologische Befund positiv ausfiel. Ebenso halten Groß, Peiser und Reichle auf Grund ihrer Untersuchungen die von Melchior angegebene Zahl für zu hoch. Kaufmann mißt der Tbc. ebenfalls keine große Bedeutung bei. Auch der von Chutro erwähnte Del Valle bezweifelt im Gegensatz zu ihm die Häufigkeit von Fisteln tuberkulöser Natur. Wir sehen, daß die Meinungen hierüber noch sehr geteilt sind und die tuberkulöse Genese nicht restlos geklärt ist.

Unter unserem Material fanden wir insgesamt 49 Fälle, die auf Tbc. verdächtig waren. Von diesen wurden allein 44 (arabische Zahlen) histologisch untersucht und darunter 12 positive Befunde erhoben. (4, 6, VII, 8, 10, XV, 18, 27, 30, XXXV, 39, 40, 43, 44, 48, 51, 52, 53, 58, 59, LX, 61, 63, 64, 65, 67, 68, 70, LXXI, 73, 74, 76, 77, 79, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 97, 98, 99, 100, 101). Von diesen histologisch-positiven Fällen hatten 2 eine aktive Lungentbc. (53, 74), 2 waren hereditär belastet, außerdem hatte der eine eine Drüsentbc. (18), der andere war lungenkrank, ob spezifisch, war unbekannt (52). In einem weiteren Fall hatte eine Lungenentzündung bestanden, aber auch hier ist nicht bekannt, ob es sich um eine spezifische Erkrankung gehandelt hat (43). Bei den anderen 7 Fällen, bei denen der histologische Befund ebenfalls positiv ausfiel, war von einer Allgemeinerkrankung nichts nachzuweisen (4, 30, 40, 63, 68, 85, 87).

Von den 32 Patienten mit histologisch-negativem Befund ist in einem Fall bekannt, daß er lungenkrank war, aber nicht, ob es eine Tbc. war (8). In einem anderen Fall soll eine Tbc. pulm. festgestellt sein (77), während bei zwei weiteren nur hereditäre Belastung bestand (91, 98). Im letzten Fall schließlich wurde der Patient wegen angeblicher Tbc-

Mastdarmfisteln behandelt, ohne daß sich feststellen ließ, worauf sich diese Diagnose gründete (44). Bei allen übrigen (das sind 27) war weder hereditär noch an den Patienten selbst etwas für Tbc. Verdächtiges zu finden.

Wir sehen, daß, obgleich von einer Allgemeinerkrankung in vielen Fällen nichts bekannt war, doch ein lokaler, tuberkulöser Prozeß vorhanden war. Umgekehrt hatten Patienten mit Lungenaffektionen einen negativen, histologischen Befund.

In den übrigen 5 histologisch nicht untersuchten Fällen besteht nur insofern die Möglichkeit einer tuberkulösen Ätiologie der Fistel, als in 2 Fällen eine Lungentuberkulose bestand (7, 71), ein weiterer eine Fußgelenkstbc. gehabt hatte (60), und 2 einen Lungenspitzenkatarrh durchgemacht hatten (15, 35). Bei den letztgenannten Fistelträgern besteht also nur die Vermutung, daß ihre Erkrankung tuberkulöser Natur sein könnte.

Wenn wir aber einzig und allein den histologisch-positiven Befund gelten lassen, so verbleiben nur 12, das sind 11,8% aller Fälle. Es ist anzunehmen, daß bei systematischer Untersuchung der gesamten Fälle noch einige weitere histologisch-positive Befunde erhoben worden wären. Untersucht wurden insgesamt 50 Fälle, 44 allein weil Verdacht auf Tbc. bestand, die restlichen 6 aus anderer Ursache (9, 19, 23, 62, 72, 82). Wir kommen zum Schluß, daß sicher ein causaler Zusammenhang zwischen den Analfisteln und der Tuberkulose besteht, wenn der Prozentsatz wahrscheinlich auch nicht so hoch ist, wie von anderer Seite angenommen wird. Zu empfehlen wäre die systematische Untersuchung aller Abscesse, die im Verlauf der Fistelkrankheit auftreten und zwar sowohl kulturell als auch im Tierversuch. Vielleicht, daß dadurch in absehbarer Zeit etwas mehr Licht in die Beziehungen zwischen den Fisteln und der Tbc. gebracht werden kann.

Andere Ursachen.

Neben den bisher besprochenen Noxen werden noch einige seltenere in ihrer Bedeutung nicht allgemein anerkannte Ursachen zu nennen sein.

Fisteln, die wir bei Diabetikern finden, sind nach Mel-

chior gewöhnlich tuberkulöser Natur. Greffrath meint, daß bei Diabeteskranken Zellgewebsentzündungen in der Analgegend und in Mastdarmnähe leicht zu Fisteln führten. Er berichtet über 2 Fälle hierzu, bei denen allerdings der Diabetes erst später festgestellt wurde. Damit sind die Angaben über dies Thema in der Literatur erschöpft und es scheint doch, daß der Diabetes, wenn überhaupt, nur eine sehr untergeordnete Rolle in ätiologischer Hinsicht spielt.

Traumen werden wohl auch nicht gerade häufig zur Fistelbildung Anlaß geben. Immerhin können einmal Verletzungen der Anal- oder Gesäßgegend zu einer Eiterung bzw. einem periproktitischen Absceß führen und im Anschluß hieran eine Fistel zurückbleiben. Wenn wir auch in der Literatur keinen Fall beschrieben fanden, ebenso wie das Trauma überhaupt als auslösender Faktor kaum erwähnt ist, so haben wir unter unseren Fällen einige, deren Verlauf für diese Annahme spricht. (10, 32). Im ersten Fall hatte der Patient eine Verletzung am Gesäß erlitten und bekam 8 Monate darauf eine Mastdarmentzündung, die zur Fistel führte. Im 2. Fall trat 3 Jahre nach einem Sturz auf den Steiß eine Fistel auf. Bei der Operation zeigte sich, daß sie in die Gegend des Kreuz- und Steißbeines führte, ohne daß ein Zusammenhang mit dem Knochen bestand. Ein Dermoid konnte ausgeschlossen werden. Es liegt in beiden Fällen nahe, das Trauma als auslösende Ursache zu betrachten, umsomehr, als eine andere Ursache nicht gefunden werden konnte.

Ob und inwieweit die Lues ätiologisch in Frage kommt, ist wohl noch kaum näher untersucht worden. Wir führen sie deshalb an, weil auch von anderen Autoren dieselbe als Ursache genannt wird (Esmarch, Peiser). Unter unseren Fällen fanden wir 3, bei denen eine Lues bestanden hatte, bezw. noch behandelt wurde (13, 18, 53). Im 1. Fall stand Patient seit 4 Jahren wegen seiner Lues in Behandlung. Die Fistel trat in dieser Zeit nach einem Absceß in der Analgegend auf. Eine bestimmte Ursache für die Entstehung desselben konnte nicht ermittelt werden. Beim 2. Fall handelte es sich nach dem hist. Befund um eine einwandfreie tuberkulöse Fistel. Eine Lues hatte vor mehreren Jahren bestanden. Auch im 3. Fall handelte es sich um eine sichere tuberkulöse

Fistel. Eine Lues hatte vor 17 Jahren bestanden. Es bleibt also nur der 1. Fall, bei dem angenommen werden könnte, daß eine luetische Proktitis den Anlaß zur Fistelbildung gab. Sicher ist dies allerdings nicht, nur fehlt hierbei eine andere Erklärung.

Endlich weisen wir noch auf die Actinomycose als Ursache zur Fistelbildung hin. Erst kürzlich hat Bensaude auf diese Genese hingewiesen. Er stellte fest, daß in der Literatur bisher nur 20 Fälle bekannt seien, also eine verhältnismäßig geringe Anzahl. Gerade hier in Ostpreußen, wo wir vorwiegend Landbevölkerung haben, wäre stets daran zu denken, die Actinomycose in ätiologischer Hinsicht zu berücksichtigen. Bensaude sagt ferner, daß die Infektion sowohl auf- als auch absteigend zustandekommt. Als Symptome führt er unbestimmte Schmerzen, Obstipation, brettharte Infiltration an, die ein Sarkom vortäuschen kann, Stenose des Rectums, leicht blutende Schleimhaut und Erbrechen an. Es kommt nun zum Erweichen der Infiltration, Bildung eines Abscesses, der schmerzlos sein soll und schließlich zur Fistel. Meist bilden sich multiple Gänge, die eine serös-eitrige Flüssigkeit absondern. Die Frühdiagnose ist meist schwer zu stellen.

Wir haben nun eine ganze Reihe verschiedener Ursachen, die für die Fistelbildung von Bedeutung zu sein scheinen, eingehend erörtert. Es sind dies die relativ häufigsten Noxen, neben welchen von einigen Autoren noch verschiedene andere genannt werden, deren Ursächlichkeit wie bei den von uns zuletzt angeführten kaum größere Bedeutung haben dürfte. Abschließend läßt sich lediglich sagen, daß für die Entstehung der Mastdarmfistel keine Erkrankung mit 100% Sicherheit verantwortlich gemacht werden kann. Soweit es sich übersehen läßt, sind es vielmehr mehrere Krankheiten, in deren Gefolge eine Fistel auftritt. Auch diese sind im einzelnen in ihrer ätiologischen Bedeutung stark umstritten. Als häufigste direkte Ursache kann man den periproktitischen Absceß, ganz gleich welcher Ätiologie, hinstellen.

Aussehen, Art und Sitz der Fistel.

Wenn wir vom Aussehen der Fisteln sprechen, so handelt es sich im wesentlichen um die Beschreibung der äuße-

ren Mündung, evtl. bei rectoscopischer Untersuchung auch um deren innere Mündung. Häufig genug ist diese aber nicht mit dem Finger zu tasten und nicht einmal rectoscopisch nachweisbar.

Die äußere Öffnung bietet meist folgendes Bild: Näher oder weiter von der Hautschleimhautgrenze findet sich ein kleiner Gewebsknoten, der manchmal frische rote Granulationen zeigt, manchmal aber auch grau-gelbe, bis braune Farbe hat oder ganz blaß ist. Letzteres findet sich meist bei der tuberkulösen Fistel. Bei näherer Betrachtung sieht man häufig einen rosettenartigen Krater, in dessen Mitte sich die Fistelöffnung befindet. Im allgemeinen ist die äußere Öffnung klein und eng. Nur bei der tuberkulösen Fistel ist sie oft weit, hat unterminierte Ränder und zeigt blasse, schlaffe Granulationen (Borchard, Rotter).

Meist, aber nicht immer, gelingt die Sondierung in die verschiedensten Richtungen, Tiefe und Gewebsschichten. Je nachdem, wie die Fisteln verlaufen und ob sie mit dem Darm in Verbindung stehen oder nicht, erfolgt ihre Einteilung. Von größter Wichtigkeit für die Therapie ist die Feststellung, ob sie intra- oder extrasphinctär liegen und ob sie incomplet oder complet sind. Hierbei ist es notwendig die Bezeichnung „intra"- oder „extrasphinctär" genau festzulegen, denn wir finden z. B. die Bezeichnung „extrasphinctäre Fistel" nicht einheitlich angewandt. Einmal wird damit eine Fistel bezeichnet, die von der Medianen gesehen außerhalb vom Sphincter liegt, ein anderes Mal soll es eine nach innen, also zur Medianen zu gelegene Fistel bezeichnen. Beide liegen zweifellos extrasphinctär, um aber zu einer zweifelsfreien Diagnose zu gelangen, habe ich alle Fisteln, die innerhalb vom Sphincter liegen, also zur Medianen hin, als intrasphinctäre bezeichnet. Alle nach außen liegenden, also von der Medianen außerhalb des Sphincters, zählen zu den extrasphinctären Fisteln. Nur in einigen Fällen, wo der Gang in den Sphincter selbst hinein führte, wurde die Bezeichnung inter sphinctär angewandt. Wir haben uns hierbei nach der gleichen Bezeichnungsweise von Petermann, Siebner, Reichle, Fischer und Backhaus gerichtet.

Wie schon erwähnt, ist es ferner von Bedeutung, ob die

Fisteln complet oder incomplet sind, was bei den extrasphinctär gelegenen Fisteln für die Therapie besondere Beachtung verdient.

Nach diesen 2 Hauptgesichtspunkten haben wir in unserer Aufstellung die Diagnose gerichtet, ohne Rücksicht darauf, ob es sich nun um eine subcutane, subcutan-submucöse Fistel, eine ischio- oder pelvirectale Fistel handelte.

incomplet			complet		
inter-sphinct.	intra-sph.	extra-sph.	inter-sph.	intra-sph.	extra-sph.
1	56	13	1	25	2

insgesamt 98

In den verbleibenden 3 Fällen handelte es sich bei zweien um multiple Fisteln, welche verschiedenen Gruppen angehörten, und sich daher schlecht einordnen ließen. (3, 4). Im letzten Fall ließ sich nach der Krankengeschichte infolge mangelhafter Angaben überhaupt keine Diagnose stellen (18).

Es ergibt sich aus den angeführten Zahlen, daß der größte Teil der untersuchten Fisteln incomplet war (rund 70). Wenn wir annehmen, daß in einem Teil der Fälle, nur weil eine innere Öffnung nicht gefunden werden konnte, diese Fisteln unter die incompleten eingereiht wurden, so bleiben sicher noch genügend, um sagen zu können, daß die incompleten Fisteln sicher die häufigsten sind. Dies entspricht auch der Ansicht anderer Autoren. Greffrath fand unter 61 Fällen allein 43 incomplete und nur 18 complete Fisteln.

Läwen weist darauf hin, daß die blindenden Fisteln der Fossa ischiorectales viel häufiger seien, als man im allgemeinen glaubt. Er ist hier gleicher Meinung mit Moszkowicz und Kleinschmidt.

Auch die Tatsache, daß die blinden Gänge einer Therapie weit zugänglicher sind und uns nicht solche Mühe bereiten wie die completen Fisteln, spricht dafür, daß ein Unterschied bestehen muß. In Fällen, wo eine vermeintlich incom-

plete Fistel der üblichen Behandlungsweise trotzt, wäre an die Möglichkeit zu denken, daß eine versteckte Kommunikation zum Darm hin besteht.

Aus unserer Tabelle ist ferner ersichtlich, daß der größere Teil der Fisteln intrasphinctär liegt und zwar allein 81, während wir nur 15 extrasphinctäre Fisteln fanden. 2 weitere Fisteln lagen intersphinctär, was besagen soll, daß der Gang bis in die Sphincterfasern hineinreichte. Schließlich sei noch erwähnt, daß unter allen Fällen nur 16 Fälle mit multiplen Fistelgängen festgestellt wurden. (3, 4, 9, 27, 28, 36, 37, 40, 42, 43, 44, 62, 66, 83, 94, 98). Unter all diesen fand sich keine sogenannte Fuchs- oder Kaninchenbaufistel.

Über den Sitz der Fisteln in Bezug zum Anus scheint die Meinung vorzuherrschen, daß diese zum größten Teil seitlich vom Anus gelegen sind.

Frey fand unter 72 Fällen in 69 seitlichen und nur in 3 medianen Sitz. Melchior sagt hierüber sogar, daß die Mündung bei Analfisteln stets seitlich gelegen sei.

Auch bei unseren Fisteln fand sich in 61 Fällen seitlicher Sitz und nur in 10 die Mündung in der Mittellinie. In den übrigen Fällen handelte es sich z. T. um multiple Fistelöffnungen, z. T. waren keine genauen Angaben vorhanden.

Symptome.

Es sind eigentlich nur wenige charakteristische Symptome, die die Fistelkrankheit begleiten. Einmal sind es die akuten Beschwerden, die mit dem periproktitischen Absceß auftreten und dieser tritt ja, wie wir gesehen haben, recht häufig auf. Es wird dann meist gesagt: Es trat eine Geschwulst am After auf, die größer wurde und stark schmerzte. Diese platzte schließlich auf, entleerte eine eitrige, stinkende, blutige etc. Flüssigkeit und dann waren die Schmerzen wieder weg. Dies kann sich im Verlauf der Krankheit mehrfach wiederholen, sofern nicht operativ eingegriffen wird. Aber auch dann noch tritt manchmal ein Rezidiv unter denselben Erscheinungen auf. Hat sich nun einmal eine Fistel gebildet und sind die akuten Erscheinungen abgeklungen, so klagen die Patienten zumeist über einen lästigen Juckreiz und dau-

ernde Beschmutzung der Wäsche. Zu ihrer nicht geringen Freude verschwinden aber auch diese Symptome und wiegen den Betreffenden in unberechtigte Sicherheit; denn über kurz oder lang geht der Prozeß doch wieder von vorne los. Dies ist eins der charakteristischsten Zeichen der Fistelkrankheit, das scheinbare Abheilen und Wiederauftauchen.

Mitunter, aber doch in der Minderzahl, entstehen die Fisteln ohne irgendwelche Beschwerden. Die Patienten bemerken plötzlich Beschmutzungen der Wäsche, evtl. finden sie selbst einen kleinen Knoten in Afternähe und der zu Rate gezogene Arzt stellt nun eine Fistel fest, die anscheinend spontan, ohne greifbare Ursache und Symptome entstanden ist.

Diagnose.

Die Diagnose kann nicht aus den Symptomen und der Vorgeschichte allein, jedenfalls nicht mit unfehlbarer Sicherheit gestellt werden, sondern sie muß aus dem Befund hervorgehen.

Hat die Fistel eine äußere Mündung, so finden wir diese entweder weiter vom Anus entfernt, z. B. bei ischio- und pelvirektalen Fisteln, oder erst nach Spreizen der Analfalte, in der sie sich häufig verstecken. Eine rectale Untersuchung ist selbstverständlich, wobei man unter Kontrolle des Fingers sondiert und so meist Aufschluß über die Lage zum Sphincter, Länge und Vorhandensein oder Fehlen einer inneren Öffnung erlangt. Nach Borchard-Rotter liegt die innere Mündung häufig dicht über dem Analring. Schon Esmarch war dieser Meinung und führte Ribbes mit 80 Fällen an. Dieser stellte als Höchstgrenze 11 cm über dem Analring fest. Trotz genauester Uuntersuchung läßt sich nicht immer eine Kommunikation zum Darm feststellen und erst bei der späteren Operation wird die Vollständigkeit der Fistel festgestellt. Bei 10 von unseren Fällen wurde durch die Operation der complete Charakter der Fistel sichergestellt (2, 10, 14, 29, 38, 44, 52, 54, 69, 100). In 2 Fällen war sogar rectoscopisch von einer inneren Öffnung nichts gefunden worden. Die Rectoscopie wird vorzugsweise die sonst schwerlich festzustellenden incompleten, inneren Fisteln aufzudecken haben. Bei

diesen ist weder ein harter Strang noch eine Schleimhautpapille zu fühlen und die Diagnose durchaus nicht leicht. Borchard — Ritter).

Differential-diagnostische Schwierigkeiten bestehen kaum, wenn durch Inspektion und Sondierung ein Fistelgang gefunden ist. Lediglich, wenn die Fistel sich im Absceßstadium befindet, wird die Diagnose nicht ohne weiteres gestellt werden können. Es bleibt dann eben abzuwarten, bis der Absceß spontan oder operativ zur Abheilung gebracht worden ist. Zu erwähnen wäre noch, daß die inneren Fisteln häufig Hämorrhoidalbeschwerden vortäuschen können und die Patienten jahrelang ihre Hämorrhoiden behandeln, während in Wirklichkeit eine Fistel dahintersteckt.

Therapie.

Bereits am Anfang meiner Arbeit erwähnte ich die Mannigfaltigkeit der therapeutischen Maßnahmen zur Heilung der Analfistel und führte eine ganze Reihe derselben in ihrer Entwicklung seit den ältesten Zeiten an. Leider ist es ja so, daß dort, wo viele Mittel und Wege angepriesen werden, der eine richtige Weg noch nicht gefunden und das Mittel, welches in jedem Falle hilft, uns noch unbekannt ist. Da Spontanheilungen zu den größten Seltenheiten gehören, Götz berichtet über 2 Fälle, müssen wir die klinischen Behandlungsmöglichkeiten näher besprechen. Wie bei vielen anderen Krankheiten stehen uns 2 Wege offen: einmal konservative, einmal operative Behandlung. Es gibt einige Autoren, die für eine konservative Behandlung der Mastdarmfistel eintreten. Beck spricht von Injektionen, mit welchen er 57 von 69 Fällen geheilt haben will. Battaglia behandelt ebenfalls angbestehende Fisteln mit lokalen Injektionen einer Vaccine. Ferner berichtet Willrich über die Heilung einer Fistel durch Saugbehandlung. Dr. Suntheim, der eine langwierige Mastdarmfistel hatte und sich keiner Operation unterziehen lassen konnte, kam auf den Gedanken, sich mit Bier'scher Stauung zu behandeln. Unter systematischen Absaugungen im Verein mit Alkoholumschlägen, Salbenbehandlung und sterilen Abwaschungen gelang es, die Fistel innerhalb von 14 Tagen zu heilen.

Gewiß wird eine konservative Behandlungsweise in diesem und jenem Fall zur Heilung führen, aber im großen und ganzen wird sie doch nur da angebracht sein, wo eine Operation nicht mehr in Frage kommt. Die meisten Autoren stehen daher auf dem Standpunkt, daß nur eine operative Maßnahme zur Heilung führen kann. Handelt es sich um eine intrasphinctär gelegene incomplete oder auch complete Fistel, so wird im Allgemeinen die klassische Spaltung ausgeführt und zeitigt nach Ansicht vieler die besten Resultate. (Läwen, Melchior, Ritter, Kirchmeyer, Kleinschmidt, Peiser u. a.).

Diese Behandlungsmethode ist bei all jenen intrasphinctären, subcutanen-submucös gelegenen Fisteln anzuwenden, die aus einem, nicht zu verzweigten Gang bestehen. Selbstverständlich wird bei der Spaltung stets auf den Sphincter geachtet werden müssen. Bei einer zielstrebigen Technik wird jedoch für diesen kaum etwas zu befürchten sein.

Die an der hiesigen Klinik durchgeführte Technik ist folgende: Als erstes wird der Sphincter gedehnt, einmal, um leichter ins Rectum zu gelangen und hier speziell bei completen Fisteln eine gute Übersicht zu haben, zum anderen, um den Sphincter aus dem Operationsgebiet zu verdrängen. Melchior meint, daß dieses keine ungefährliche Operation sei, da bei starker Gewaltanwendung Incontinenz auftreten kann. Deshalb fordert er 1) Vermeidung stärkerer Gewaltanwendung und 2) tiefe Narkose. Petermann vertritt denselben Standpunkt und gebraucht zur Dehnung nach Kirschner Dilatorien von 27 bis 65 mm Durchmesser. An hiesiger Klinik wird die Sphincterdehnung zumeist manuell ausgeführt. Nach genauer Sondierung zwecks Feststellung des Verlaufes wird die intrasphinctäre Fistel über der eingeführten Hohlsonde gespalten und bis zu ihrem Ende freigelegt. Handelt es sich um eine complete Fistel, so erfolgt die Spaltung sinngemäß bis ins Rectum hinein. Bei einer incompleten Fistel, deren Gang bis dicht ans Rectum heranreicht, wird die Sonde in letzteres durchgestoßen, die Fistel also in eine complete verwandelt und ebenfalls gespalten. Es ist dies allerdings eine Maßnahme, die nicht von allen Autoren gebilligt wird. Die Komplettierung ist aber in

geeigneten Fällen, wo z. B. nur eine dünne Wandung zwischen dem Ende des Ganges und dem Rectum besteht, durchaus gerechtfertigt, wenn ich an die Ausführungen von Kaufmann erinnere, welcher solche Fisteln als funktionell complet bezeichnet und auch für ihre Komplettierung eintritt.

Nach Spaltung der Fistel werden die überstehenden Ränder entfernt und die etwa vorhandenen Granulationen ausgekratzt. Eventuelle Excision des umliegenden Narbengewebes und der Wandung des Ganges, wie dies auch von Sendler gefordert wird. Nähte werden nicht angelegt, sondern offen weiter behandelt; höchstens werden bei klaffender Wunde einige Situationsnähte gelegt. In die Wunde kommt ein Jodoformgazestreifen, in den After ein umwickeltes Salbenstopfrohr. Selbstverständlich wird für Stuhlverhaltung für mindestens 5 Tage gesorgt.

Im wesentlichen ist das die Methode, wie sie heute als allgemeingültig bei den uncomplizierten Fisteln angewandt wird, und die bei diesen Fisteln auch die relativ günstigsten Heilresultate zeitigt. (Läwen, Kirchmeyer, Peiser, Kleinschmidt, Siebner, Reichle, Fischer etc.).

Anders aber ist und muß ja die Therapie bei all den anderen complizierten Fisteln sein, die außerhalb vom Sphincter liegen. Hier müssen wir bei einem operativen Eingriff stets in erster Linie denken: wie schone und erhalte ich den Sphincter, denn die Durchschneidung des Sphincters wird heute wohl ganz allgemein verworfen. Läwen sagt: „Die Incontinenz ist das größere Übel; wenn wir die Fistel nicht ohne Verletzung des Sphincters beseitigen können, so muß die Fistel als das kleinere Übel bleiben."

Bevor ich die Besprechungen der verschiedenen Verfahren zur Heilung der extrasphinctären Fisteln anschließe, möchte ich noch die anatomischen Verhältnisse in Bezug auf die Sphincteren streifen und auf die Versuche und Resultate bei völliger und partieller Durchschneidung der Sphincteren eingehen.

Ich erinnere an die von Peiser dargelegten anatomischen Verhältnisse im untersten Rectalabschnitt. Er beschrieb die Beziehungen zwischen Längsfasermuskelschicht des Rectums, der Sphincteren und des Levator ani. Er führt nun

weiter aus, daß die letzten Faserausstrahlungen bis in den Analring hineingehen und hier noch einen nicht unbedeutenden Muskelring, den sogen. Sphincter superficialis (Cruveilhier) bilden. Er knüpft an diese Tatsache die Behauptung, daß in den Fällen, wo angeblich der Sphincter durchschnitten, wurde, ohne daß eine Incontinenz die Folge war, warscheinlich nur dieser äußerste Muskelring durchtrennt wurde, da sonst unweigerlich Incontinenz eingetreten wäre.

Matti hat in seiner grundlegenden Arbeit über die Folgen der Durchschneidung des Sphincters Klarheit geschaffen. Seine eingehenden Untersuchungen zeigten, daß wenn

a) der Sphincter externus durchschnitten ist, der Sphincter internus sehr geschwächt wird (bei verstärkter Peristaltik, dünnem Stuhl und Flatus).
b) der Sphincter ext. nicht ganz durchschnitten wird und die den Sphincter int. umkreisenden Muskelbündel erhalten bleiben, letzterer auch nicht leidet.
c) der Sphincter ext. genäht wird, der Sphincter int. wieder seine normale Kraft gewinnt.
d) der Sphincter int. durchschnitten wird, der Sphincter ext. leidet, denn die willkürliche Schlußfähigkeit ist zeitlich begrenzt. Der Sphincter erlahmt.
e) beide Sphincteren durchschnitten werden, völlige Incontinenz auftritt, die bleibend ist.

Ritter zieht daraus den Schluß, daß man den Externus nur bis an den unteren Rand des Internus, also bis zur Höhe der Valvula Morgagni durchtrennen darf. Ferner hielt er eine einmal eingetretene Incontinenz für bleibend im Gegensatz zu einigen Autoren, die eine Wiederfunktion des Sphincters nach einmaliger Durchschneidung für wahrscheinlich halten. (Götz, Esmarch, Greffrath).

Melchior und Petermann dagegen stellen auch nach einmaliger Durchschneidung Incontinenz fest. Moszkowicz, Läwen, Fischer, Kleinschmidt u. a. wenden sich gegen Sphincterendurchschneidung überhaupt und betrachten sie als Kunstfehler.

Wir schließen aus dem Gesagten, daß die Sphincterdurchschneidung heute zum größten Teil abgelehnt wird und

die Incontinenz als das unbedingt größere Übel betrachtet werden muß. Es ist also bei der Behandlung von den extrasphinctären Fisteln und ganz besonders den completen auf die Schonung der Schließmuskulatur zu achten. Gerade von diesem Gesichtspunkt geht ein Großteil der heutigen Operationsmethoden aus.

Ganz allgemein kann man sagen, daß die Exstirpation des Fistelganges in toto das erstrebenswerte Ziel aller Verfahren ist, soweit es sich nicht um ganz kurze incomplete mehr nach außen liegende und uncomplizierte Gänge handelt. Diese werden natürlich in gleicher Weise wie die intrasphinctären Fisteln gespalten.

Bei der Exstirpation wird meist ein trichter- oder schlauchförmiger Gewebsdefekt geschaffen, der, zumal bei completen Fisteln, durch Excision des proximalen Gangendes aus der Darmwand, mit dem Darm in Verbindung tritt, und wenn nicht schon von außen, so doch von hier aus als infiziert zu betrachten ist. Damit erhebt sich eine 2. Frage: soll man primär nähen oder nicht? Bei den anderen Fisteln ist das Prinzip ja einfach: durch die Spaltung wird der bislang durch Eitersekretion offen gehaltene Gang in eine Rinne verwandelt und so die Eiteransammlung verhindert. Das Gebiet ist und bleibt infiziert, daher ist die offene Behandlung ja auch selbstverständlich. Bei den extrasphinctären completen Fisteln wird der infizierte Teil möglichst geschlossen entfernt, sorgfältig herauspräpariert, und man sollte meinen, daß hier wenigstens die primäre Naht durchgeführt werden könnte. Stemmler ist für eine primäre Naht der Wunde nach Excision solcher Fisteln, wie auch Smith und Thévenard anführen. Sendler gibt 11 Fälle an, die alle in der Zeit von 5—35 Tagen p. p. geheilt sind und zwar nach primärer Naht.

v. Hacker beschreibt einen Fall von completer, ischiorectaler Fistel, deren innere Öffnung mehr als fingerbreit über der inneren Analöffnung und extrasphinctär lag. Nach Auslösen des Ganges, primäre Naht und primäre Heilung in 14 Tagen.

Ebenso ist Walter / Jena mit der primären Naht zufrieden. (2 Fälle). Frey dagegen spricht sich gegen die primäre Naht aus. Er hat dieselbe in 2 Fällen mit negativem

Erfolg angewandt und hält die Ausführungen von Smith und Thévenard für übertrieben.

Schließlich möchte ich noch darauf verweisen, daß wir ja in der Geburtshilfe bei der Dammnaht, besonders bei der Naht eines Dammrisses III. Grades ganz ähnliche Verhältnisse haben. Hier wird ganz selbstverständlich primär genäht, und die Resultate sind doch zweifellos gute. Incontinenzerscheinungen nach einem Dammriß III. Grades sind ohne Naht sicher, können aber durch regelrechte und sorgfältige Naht meist vermieden werden.

In der hiesigen Klinik wurde die primäre Naht 5 mal ausgeführt (39, 48, 58, 70, 76) und hatte in 2 Fällen (48, 58) keine Heilung p. p. i. zur Folge. In den anderen 3 Fällen heilten die Wunden p. p. Genäht wurden außerdem noch 10 Fälle. Es handelte sich dabei aber um Situationsnähte zur Einengung des Wundbettes. Im ganzen wurde 15 mal genäht, in allen anderen Fällen wurde offen behandelt.

Die Verfahren zur Heilung der extrasphinctär gelegenen ischio- und pelvirectalen Fisteln sind mannigfaltig. Als erstes ist eine genaue Feststellung des Ganges vorzunehmen, was von vielen gefordert und auf verschiedenen Wegen erreicht wird. (Läwen, Petermann, Montagne, Siebner, Allen und Haskell, Reichle, Fischer u. a.). Es werden einmal Einspritzungen von Farblösungen und zum anderen die Röntgendarstellung empfohlen.

Was nun die eigentlichen Operationsmethoden anlangt, so müssen wir feststellen, daß hier noch kein einheitliches Verfahren herausgearbeit worden ist. Immerhin lassen sich aus der Fülle der angegebenen Methoden einige prinzipielle Wege herausheben, die wir in großen Zügen behandeln wollen, da eine genaue technische Erörterung der vielen Angaben zu weit führen würde.

Einige Autoren sind für eine Verwandlung der extrasphinctären Fistel in eine intrasphinctäre Fistel, also für eine zweizeitige Operation. (Backhaus, Petermann) Dies wird erreicht durch Exstirpation des Fistelganges bis zur Mündungsstelle in den Darm. Die Mündungsstelle wird vernäht, ebenso das gesamte Wundbett. Nun Bildung eines neuen Ganges von einem paranalen Hautschnitt aus bis zur vernäh-

ten inneren Öffnung und Offenhalten durch Einlegen eines Drains. Sobald das erste Wundbett verheilt, kann die einfache Spaltung mit Behandlung der flachen offenen Rinne wie bei den subcutan-submucösen Fisteln ausgeführt werden. Ähnlich verfahren Allen und Haskell, die das erste Wundbett aber per granulationem ausheilen lassen und bei der 2. Operation auch den Sphincter spalten. (Erprobt in 119 Fällen). Die Kontinenz soll erhalten bleiben. Ob sie auch nachträgliche Sphincternaht ausführen, wie Körte dies mit Erfolg erprobt hat, ist nicht festzustellen. Immerhin ist das Verfahren nur bei uncomplizierten, geraden Gängen anwendbar.

Die von den Amerikanern Smith und Lange ausgeführte Exstirpation des ganzen Fistelganges mit primärer Naht des Wundbettes wurde in Deutschland von Sendler 1890 aufgenommen. v. Hacker und Walther führen die Excision des Ganges mit der inneren Fistelöffnung unter Schonung des Sphincters und nachfolgender primärer Naht aus. Frey excidierte ebenfalls, legte aber keine Naht an, sondern tamponierte nur die Wundhöhle.

Diese Verfahren wurden von Stemmler, König, Siebner u. a. dahin modifiziert, den excidierten Gang in den Darm einzustülpen und abzubinden. Das Wundbett wird auch von diesen Autoren durch primäre Naht verschlossen. Es kommt natürlich darauf an, beim Herauspräparieren des Ganges auch alle Seitenäste zu erfassen und diese ebenfalls zu excidieren.

Da man anscheinend aus der bloßen Vernähung und Belassung der inneren Fistelöffnung an ihrer alten Stelle Nachteile gesehen hat, ist man dazu übergegangen, auch diese selbst zu beseitigen. Obwohl die Verfahren hierzu im einzelnen von einander abweichen, sind sie im Prinzip der von Whitehead angegebenen Operation gleichzusetzen.

Hier wird die Rectalschleimhaut mitsamt der inneren Fistelöffnung mobilisiert, heruntergezogen, amputiert und nun die gesunde Rectalschleimhaut mit der Analhaut vereinigt. Hiernach beschrieben Ritter, Wideröe, Siebner und Rehn ihre Methoden. Letzterer steht auf dem Standpunkt, daß man bei den Operationen nicht nur immer an den Fistelgang denken soll, sondern vor allen Dingen die Beseitigung

der Infektionsquelle und — pforte, also der inneren Fistelöffnung, im Auge behalten soll. Er hat auf diese Art 4 Fälle zur Heilung gebracht. Wiederöe hat 8 mal mit gutem Erfolg operiert.

Abweichend von diesen Verfahren und wohl hauptsächlich auf Grund der Tatsache, daß die primär genähten Wunden im allgemeinen schlecht heilen, besonders bei sehr komplizierten Fisteln, sind von einer letzten Gruppe von Autoren Methoden entwickelt worden, die, abgesehen von Einzelheiten, viel Ähnliches untereinander haben.

Es handelt sich hier vorzugsweise um die Behandlung der blind endenden Fistel der Fossa ischiorectalis, wobei aber keine innere Öffnung und damit die ständige Infektionsgefahr vom Darm aus in Rechnung zu stellen ist. Trotzdem heilen diese Fisteln schlecht nach einfacher Excision und primärer Naht, was hauptsächlich an dem anatomischen Bau dieser Gegend zu liegen scheint. Dies wird noch abschließend zu erörtern sein.

Moszkowicz geht von dem Verfahren Neubers zur Operation starrwandiger Knochenhöhlen aus und nimmt diese Operationsmethode zum Ausgangspunkt seines Verfahrens. Im Prinzip besteht dies aus 1.) einfacher Spaltung und 2.) Einnähen von mindestens einem Hautfettlappen in den Wundgrund. Eine Sphincterdurchschneidung darf hierbei nicht vorkommen. Dies Verfahren hat bei ihm angeblich nie versagt. Außerdem empfiehlt er die rechtzeitige Behandlung der Proktitiden. Auch hier breite Spaltung und Einnähen von einem Lappen in die Tiefe, damit es erst garnicht zu einer Fistelbildung kommen kann. Ferner spricht er sich auch gegen die Komplettierung incompleter Fisteln aus.

Kirchmayr verfährt ähnlich. Er exstirpiert wie von Stemmler angegeben und füllt dann die Wundhöhle mit einem gestielten Fettlappen aus dem Gesäß. Während aber Moszkowicz die Wunde offen behandelt, vernäht Kirchmayr diese und hat in 2 so behandelten Fällen eine Heilung p. p. gesehen. Er betont aber, daß möglichst wenig versenkte Nähte zurückgelassen werden sollen. Peiser empfiehlt dasselbe Verfahren und erwähnt noch die Versorgung der inneren Fistelöffnung durch Einstülpen des proximalen

Gangstumpfes in das Darmlumen hinein, wie es von Stemmler, Siebner, König u. a. angegeben worden ist.

Zur Plastik mit einem Hautlappen empfiehlt Kleinschmidt den Radiärschnitt, sonst aber einen den Anus umkreisenden Schnitt, parallel zum Sphincter. Er ist ferner für die Heilung per granulationem und näht nicht primär.

Auch Läwen hat nach diesen Gesichtspunkten eine Methode ausgearbeitet. Sie ist besonders für die incompleten und nicht tuberkulösen Fisteln der Fossa ischiorectalis in Anwendung gekommen. Eine Komplettierung dieser Fisteln hält Läwen nicht für zweckmäßig. Da hier ja sowieso der ständige Neuinfekt vom Darm aus fehlt, wäre eine Komplettierung nur von zweifelhaftem Wert.

Von einem den Anus umkreisenden Schnitt werden der oder auch die Fistelgänge ausgeräumt. Schonung des Sphincters ist selbstverständlich. Ausgehend von der Betrachtung von Moszkowicz, daß die Heilung der Fisteln durch die Beweglichkeit des Rectums herabgesetzt wird, hat Läwen folgende Lösung gefunden: durch tiefgreifende, aber nicht versenkte Nähte wird die Ampulle vom äußeren Wundrand aus in das Wundbett hineingezogen, fixiert und so in ihrer Beweglichkeit stark beeinträchtigt. Die noch verbliebene Schnittwunde wird mit weiteren Nähten primär geschlossen. Läwen läßt noch die Möglichkeit gelten, diese Methode bei completen Fisteln anzuwenden. Es müßte dann erst die innere Fistelöffnung durch Tabaksbeutelnaht versenkt werden oder nach Backhaus ein temporärer, submucöser Kanal angelegt werden.

Es wurde in hiesiger Klinik 4 mal nach obigen Angaben operiert. (76, 97, 99, 100). In 2 Fällen (76, 100) trat primäre, bei den 2 anderen sekundäre Heilung ein.

Aus Gesagtem geht ja nun deutlich hervor, daß für die Heilung der completen, incompleten, komplizierten und extrasphinctären Fisteln der Fossa ischiorectalis noch kein souveränes Verfahren angewandt wird. Es ist vielmehr so, daß jeder dasjenige Verfahren in Anwendung bringt, das ihm den besten Erfolg gebracht hat.

Operiert wurden von den angeführten Fällen rund 100 und 1 Fall wurde mit Röntgen behandelt.

Von Operationen wurden ausgeführt:

I. Spaltungen: 62.
II. Spaltung + Verschorfung: 4 (22, 35, 71, 83).
III. Spaltung + Excision: 19.
IV. Excisionen: 13.
V. Auskratzung: 1. (16).
VI. Raffung des Sphincters: 1. (4).

Bei einem Teil dieser Operationen wurde noch Folgendes ausgeführt:

18 mal incomplete Fisteln in complete Fisteln verwandelt.
1 mal der Sphincter durchschnitten (10) Folge — Inkontinenz.
15 mal Nähte angelegt (Es handelt sich dabei meist um Situationsnähte; nur in einigen schon erwähnten Fällen (76, 97, 99, 100) tiefgreifende Nähte.

Rezidive von bereits außerhalb Operierten wurden 17 mal operativ behandelt.

14 mal traten Rezidive nach Operation in hiesiger Klinik auf, kamen noch einmal zur Aufnahme und mußten zum 2ten Mal operiert werden. Von diesen bekamen 3 erneut eine Fistel (10, 63, 72). Durch eine weitere Operation trat dann in einem Fall endgültig Heilung ein. (72).

Schmerzausschaltung.

Im Anschluß an die Therapie möchte ich noch einige Worte über die verschiedenen Arten der Schmerzausschaltung bei der Fisteloperation sagen.

In der Literatur sind wenig Angaben darüber zu finden. Im Allgemeinen wird es wohl so sein, daß jeder Operateur die von ihm auch sonst bevorzugte Narkoseart anwenden wird. Je nachdem die Operation von kurzer Dauer (Spaltung) oder längere Zeit erfordert (Excision und andere Methoden bei den completen und extrasphinctären Fisteln) werden einmal der kurze Rausch oder einfache Umspritzung, zum anderen aber eine Sacralanästhesie oder tiefe Narkose benötigt werden.

Die Hauptsache ist, für eine richtige Erschlaffung des Sphincters zu sorgen, besonders bei den extrasphinctären und

completen Fisteln. Darüber sind sich wohl alle Autoren einig. Läwen, Melchior, Kleinschmidt u. a.

Bei den von uns untersuchten Fällen wurden folgende Arten der Schmerzausschaltungen angewandt:

Sacralanästhesie	61	mal.
Reclus'sche Umspritzung	8	„
Localanästhesie	5	„
Ätherrausch	1	„
Chloräthylrausch	1	„
Local- u. Sacralanästhesie	1	„
Äthernarkose	19	„
insgesamt	96	

Von den verbleibenden 6 Fällen (4, 18, 53, 62, 66, 88) wurde in einem Fall (18) mit Röntgen behandelt, in den anderen Fällen wurde auch operiert, aber es fanden sich keine Angaben welcher Art die Schmerzausschaltung war.

Für die einfache Spaltung wird wohl stets ein kurzer Ätherrausch oder die Localanästhesie genügen. Für die komplizierten Fälle aber wird durch eine Sacralanästhesie oder tiefe Narkose für völlige Erschlaffung der Schließmuskulatur gesorgt werden müssen.

Heilung.

Warum sind nun die Heilresultate nach der operativen Behandlung der Analfisteln so wenig befriedigend und warum heilen manche Fisteln überhaupt nicht? Peiser stellt hierzu mit Tietze resignierend fest: „weil wir es eben nicht wissen!“ Peiser bezieht dies besonders auf die incompleten äußeren Fisteln, denn er sagt, daß bei den inneren Fisteln eine Nichtheilung schon eher verständlich ist, wegen der ständigen Neuinfektion. Im übrigen schließt er sich der Ansicht von Moszkowicz hierüber an.

Moszkowicz meint nun seinerseits, daß die Annahme die Fisteln wollten nicht heilen weil der Beckenboden in steter Bewegung sei, irrig ist! Zungenverletzungen heilen bekanntermaßen gut. Andererseits heilen Eiterungen der Sa-

cralgegend auch schlecht, ohne daß hier von einer großen Beweglichkeit die Rede sein könne. Seiner Ansicht nach wird die Heilung durch mechanische Hindernisse erweitert:

1) Die starren Wände können sich nicht aneinanderlegen.
2) Unnachgiebiges Fettgewebe in der Fossa ischiorectalis.
3) Das Diaphragma pelvis setzt dem Narbenzug Widerstand entgegen.
4) Das Rectum selbst sucht seine natürliche Einstellung und Beweglichkeit zu erhalten und verhindert dadurch ebenfalls die Vereinigung der Wundränder.

Er sagt ferner, daß wir deshalb bei Frauen seltener Analfisteln sehen, weil hier noch die dehnbare Vagina zwischengeschaltet ist und die Spannung daher lange nicht so groß ist.

Esmarch sagt: die Fisteln heilen nicht weil:

1) die Wände sich nicht ruhig aneinanderlegen können, da der Beckenboden in steter Bewegung ist.
2) der Sekretabfluß schlecht ist.
3) fäculente Stoffe die Zersetzung im Fistelgang fördern.

Ebenso ist Melchior der Ansicht, daß die Fisteln nicht heilen weil:

1) der Beckenboden durch Atmung und Defäcation in ständiger Bewegung gehalten wird.
2) der venöse Abfluß schlecht ist.

Götze führt allerdings Melchior mit einer Heilungsziffer von 76% bei 95 Fällen und Greffrath mit 70% bei nur 33 Fällen an. Er selbst behandelte 40 Fälle und hatte 65,5% davon geheilt. Dies sind wohl alles relativ hohe Werte, aber sie sind auf Grund einer verhältnismäßig geringen Anzahl von Fällen errechnet! Ich glaube, daß bei einer größeren Zahl diese Werte erheblich absinken werden. In unserer Arbeit ist es leider nicht möglich gewesen ein genaues Resultat in dieser Hinsicht zu liefern, da die Nachuntersuchung aller Fälle technisch nicht möglich war. Ich kann daher nur die rein klinische Heilungsziffer angeben. Diese betrug bei 101 Fällen: 18 = 17,8%.

(2, 4, 25, 36, 55, 56, 70, 72, 76, 78, 81, 82, 83, 84, 88, 96, 100, 101).
In weiteren 48 Fällen konnten die Patienten nach spätestens 2 Wochen mit nur noch oberflächlichen Wunden entlassen werden.
(1, 8, 11, 12, 14, 15, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 27, 29, 31, 34, 35, 38, 39, 41, 42, 45, 47, 50, 51, 54, 59, 60, 61, 62, 67, 68, 69, 71, 73, 75, 77, 80, 84, 90, 92, 93, 94, 95, 97, 98, 99). Diese sind aber nur als bedingt geheilt zu betrachten, da wohl der Heilverlauf und das Aussehen der Wunde auf eine baldige Heilung schließen ließen, ob aber eine Heilung tatsächlich eingetreten ist, konnte nicht mehr in Erfahrung gebracht werden.

In dem verbleibenden Teil der Fälle ist eine Heilung nicht als wahrscheinlich anzusehen. Wir können jedenfalls nicht den von Götz, Melchior und Greffrath angegebenen Zahlen zustimmen und sie eher als zu hoch angegeben bewerten.

Schließlich geht ja auch aus der Unmenge operativer Maßnahmen zur Heilung dieses Leidens eindeutig hervor, daß die Heilungstendenz eine mäßige sein muß, denn dort wo ein Ziel leicht erreicht werden kann, gibt es auch nur einen klaren und geraden Weg! Prognostisch wäre daher nur zu sagen, daß quoad vitam wenig zu befürchten ist, daß aber ansonst die Aussichten zur Heilung nicht sehr günstige sind.

Zusammenfassung.

Wenn wir noch einmal kurze Rückschau halten wollen und die wesentlichen Punkte aus der Fülle des Gesagten hervorheben, so ergibt sich folgendes Bild:

Die Mastdarmfistel ist ein seit ältesten Zeiten bekanntes Übel, welches aber gottlob nicht allzuhäufig vorkommt. Im Jahre ist mit einem Durchschnitt von 13—19 Fällen zu rechnen.

Die Mastdarmfistel kommt in jedem Lebensalter vor, wobei die Altersstufen von 20—50 die meisten Fistelträger stellen. Davon sind der weitaus größere Teil männlichen Geschlechtes. Das Verhältnis von Frauen und Männern ist

ungefähr 1 : 3. Einzelne Autoren (Rotter und Borchardt) halten den männlichen Anteil für noch höher und geben diesen mit 90% an.

Zur Ätiologie wäre zu sagen, daß fast alle Fisteln nach einer Periproktitis auftraten, wie dies auch von anderer Seite (Rotter und Borchard, Esmarch, Frey u. a.) beschrieben worden ist. Wir kennen nun eine ganze Reihe von Ursachen, die eine Fistel zur Folge haben können, wenn auch ihre Bedeutung im einzelnen noch nicht restlos geklärt ist. Es sind dies in der von uns besprochenen Reihenfolge:

1) Congenitale und Epithelfisteln.
2) Fremdkörperfisteln.
3) Fisteln nach Typhus.
4) Fisteln nach Hämorrhoiden.
5) Tuberkulose und Fisteln.
6) Andere Ursachen (Diabetes, Traumen, Lues, Aktinomykose).

Wenn ich bereits sagte, daß die Bedeutung genannter Ursachen im einzelnen noch nicht völlig geklärt ist, gilt dies besonders für die Tuberkulose. Die Angaben hierzu schwanken zwischen 3%—76%! Während von der einen Seite der Tuberkulose nur eine untergeordnete Rolle zugesprochen wird, halten andere die Analfisteln in fast allen Fällen für eine tuberkulöse Erkrankung der Analgegend. Dazu ist zu sagen, daß die hohen Werte, wie auch bei anderen Berechnungen, aus einer kleinen Anzahl von Fällen errechnet wurde. Allingham wird von Götz mit 1632 Fällen angeführt. Hiervon konnte er nur 14% auf eine Tuberkulose zurückführen.

Wir kommen zu dem Schluß, daß ein kausaler Zusammenhang zwischen der Tuberkulose und der Fistelkrankheit besteht, daß aber die von anderer Seite angegebenen Prozentzahlen doch zu hoch gegriffen sind.

Weiterhin stellen wir fest, daß die intrasphinctären und dabei besonders die incompleten Fisteln bei weitem die Mehrzahl der Fälle ausmachen, (intrasphinctäre: 81, davon 56 incomplet) während die extrasphinctären und completen viel seltener sind. (Extrasphinctäre: 15, davon complet 2).

An Symptomen ist so wenig Charakteristisches zu finden, abgesehen von dem Juckreiz und der ständigen Beschmutzung der Wäsche, daß darüber nichts weiter zu sagen ist.

Die Diagnose wird in der Hauptsache auf Inspektion, Sondierung und dem dabei erhobenen Befund aufgebaut.

Was die Therapie anlangt, so kommt für die subcutanen, submucösen, incompleten und auch completen intrasphinctären Fisteln wohl am häufigsten die einfache Spaltung und Excision des Narbengewebes als therapeutische Maßnahme in Frage. Anders liegen die Dinge bei den extrasphinctären Fisteln der Fossa ischiorectalis, ob sie nun incomplet oder complet sind. Hierbei sind die eingeschlagenen Operationswege noch recht verschiedener Art.

Die Heilungsaussichten sind leider nicht sehr günstig. Wir konnten eine rein klinische Heilungsziffer von nur 17.8% feststellen. Das liegt daran, daß gerade die häufigen intrasphinctären Fisteln, die nur gespalten werden, per granulationem heilen. Da die Patienten sonst durchaus entlassungsfähig sind und einer klinischen Behandlung nicht mehr bedürfen, kommen sie nach kurzer Zeit in ambulante Behandlung und entgehen so der weiteren Beobachtung bis zur Heilung. Es ist jedoch anzunehmen, daß ein nicht geringer Prozentsatz dieser Patienten zur endgültigen Heilung kommt.

Wenn wir auch gesehen haben, daß über Ätiologie und Therapie Unklarheiten herrschen, so sind doch in den letzten Jahren zweifellos Fortschritte zu verzeichnen. Aber noch ist nicht alles getan, und der weiteren systematischen Forschung bleibt es vorbehalten, auch die letzten Fragen auf diesem Gebiet zu lösen.

Krankengeschichten.

1.

K. N. 63 J. Arbeiter.

Vorgeschichte: Seit 1 Jahr eine Stelle am Anus, die mitunter anschwillt und wieder vergeht. Beim Stuhlgang Eiterabgang und Schmerzen.

Befund: Am Anus rechts hinten erbsengroße Vorwölbung. Auf Druck entleert sich etwas Eiter. Sonde dringt etwa 4 cm tief. Keine Verbindung zum Darm.

Operation: (Lokalanästh.) Dehnung. Fistelöffnung wird umschnitten. Fistel herausgeschnitten. Ihre Spitze geht bis in den Sphinct. hinein. Jodoformgaze. Durch 2 Situationsnähte Verkleinerung der Wunde. Stopfrohr. Opium.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 7 Tagen mit granulierender Wunde.

Diagnose: incompl. intersphinct. Analfistel.

2.

K. K. 37 J. Hoteldiener.

Vorgeschichte: Vor ca. 1 Jahr erstmalig Schwellung in Analgegend. Zweimalige Incision links. Nach letzter Incision Dauerfistel.

Befund: In der linken Circumferenz der Analhaut sieht man eine stecknadelkopfgroße, warzenartig vortretende Fistelöffnung. Tiefere Sondierung nicht möglich.

Operation: (Reklus'sche Infiltrationsanästh.) Sphincterdehnung. An linker Wand der Analschleimhaut leicht eingezogene Stelle. Sonde von außen kommt hier zum Vorschein. Die Brücke wird gespalten. Auskratzung. Nichts spricht für Tbc. Jodoformgaze.

Glatte Heilung. Entlassung nach 5 Tagen.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

3.

M. L. 46 J. Kaufmann.

Vorgeschichte: Vor 4 Jahren Geschwüre am Anus. Heilen aus. Vor 1 Jahr dasselbe. Heilte aber nicht mehr aus. Nunmehr stets Sekretionen aus einer Fistel.

Befund: Rechts neben Anus, ca. 1 cm davon entfernt, feine Fistelöffnung in reizloser Umgebung. Sonde gelangt etwa 6 cm in Richtung Steißbein.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung auf Sonde, von äußerer Mündung bis zur Steißbeinspitze. Etwas unterhalb davon buchtet sich Fistelgang zum Rectum hin aus, geht bis dicht an die Rectumschleimhaut; aber keine Verbindung zum Rectum. Analwärts von äußerer Mündung läuft ein Gang ca. 1 cm subcutan. Ebenfalls Spaltung desselben. Breite Tamponade.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 17 Tagen in ambulante Behandlung mit gut granulierender, kleiner Wunde.

Nach 5 Monaten Nachuntersuchung: ergibt eine ca. 5 cm lange Fistel in der Mittellinie.

Wiederaufnahme: nach einem weiteren Monat. Fistel besteht noch.

Operation: (Vollnarkose). Spaltung der Fistel, die bis zur Rectumscheide geht und mehrere Buchten enthält. Weitere Spaltung. Auskratzung. Tamponade.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 12 Tagen mit gut granulierender Wunde, die stark verkleinert ist.

Diagnose: recidivierende incompl. intrasphinct. Analfisteln und 1 incompl. extrasphinct. Analfistel.

4.

R. R. 38 J. Landarbeiter.

Vorgeschichte: 1926 Periproktitis. Nachher 3 Fistelöffnungen und daher Op. in hiesiger Klinik. Nicht völlig geheilt entlassen. Wiederaufnahme nach 2 Jahren. Gleich nach der Op. bemerkte Pat., daß er den Stuhl nicht halten konnte. In letzter Zeit Verschlechterung.

Befund: Links und rechts vom Anus Narben. Anus selbst klafft.

Digital: Sphinctertonus schlaff.

Operation: Raffung des Sphinct.

Glatter Heilverlauf: Wunde vollkommen vernarbt. Stuhl und Winde können gehalten werden. Entlassung nach 19 Tagen.

Histolog.: Es handelt sich um eine Tbc.

Diagnose: multiple (extrasphinct. oder intersphinct.) compl. Analfisteln.

5.

K. F. 25 J. Arbeiter.

Vorgeschichte: 1925 und 1926 Absceß in linker Gesäßhälfte. Beide Male gespalten. Nach dem 2. Mal keine Heilung.

Es bleibt eine Fistel zurück Jetzt erneut Schwellung und starke Schmerzen.

Befund: 2 Querfinger rechts von der Afteröffnung findet sich eine stecknadelstarke Fistelöffnung, aus der sich eitriges Sekret auf Druck entleert.

Operation: (Sakralanästh.) Fistel führt in schwielig stark verdicktes Gewebe, ca. 3 cm tief in Richtung nach oben auf Analfurche zu. Keine Verbindung zum Rectum. Excision der Fistel mitsamt dem Schwielengewebe.

Glatter Heilverlauf: Entlassung nach 6 Tagen. Wunde noch wie das Endglied eines kleinen Fingers groß. Vollständige Kontinenz.

Wiederaufnahme: nach 1 Jahr. Fistel war nach Entlassung zugeheilt. Es bildete sich aber dann erneut ein Abszeß, der aufbrach, reichlich Eiter entleerte. Seitdem besteht stark juckende Fistel.

Befund: Etwas unterhalb und links vom After bohnengroße, harte Narbe. In der Mitte Fistelöffnung. Sonde dringt ca. 1 cm tief in Richtung auf den Sphinct.

Operation: (Chloraethylrausch) Spaltung der Fistel über eingeführter Sonde, welche im narbigen Gewebe ca. 2 cm tief in Richtung auf Ampulle verläuft und blind endet.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 8 Tagen mit stark verkleinerter Wunde. Kontinenz gut.
Diagnose: incompl. intrasphinct. recidivierende Analfistel.

6.

E. P. 45 J. Postschaffner.

Vorgeschichte: Vor 3 Wochen Absceß in rechter Analgegend. Auf Incision entleert sich reichlich Eiter im Stuhl.

Befund: Neben Anus handtellergroßer, infiltr. und geröteter Hautbezirk. Nahe Analring Fistelöffnung. Mit der Sonde gelangt man ins Rectum. Sphinctertonus gut.

Operation: (Sakralanästh.) Sphincterdehnung. Spaltung der Fistel auf Hohlsonde. Man gelangt auf eine subcutane Phlegmone, welche aber nicht an den Sphincter heranreicht. Haut wird beiderseits unterminiert, die Granulation ausgekratzt. Eine kleine Granulationshöhle führt neben Rectalschleimhaut noch etwas in die Tiefe, wird excochleiert. Weiter oben keine Fistelöffnung.

Entlassung nach 10 Tagen. Wunde granuliert gut.

Histologisch: unspezif. chron. Entzündung mit Schwielenbildung. Kein Verdacht auf Tbc.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

7.

A. P. 43 J. Kaufmann.

Vorgeschichte: 1922 geschlossene Lungentbc. Soll ausgeheilt sein. Bemerkt seit einiger Zeit Absonderung blutiger Flüssigkeit. Kein Jucken. Nie stärkere Blutungen.

Befund: Im rechten hinteren Quadranten des Analringes nahe Mittellinie — Fistelöffnung. Sonde dringt 3 cm nach oben. Keine Verbindung zum Rectum. Plex. haem. inf. ist leicht erweitert.

Operation: (Sakralanästh.) Sphincterdehnung. Hohlsonde wird durch den Fistelgang intrasphinct. durch die Rectalschleimhaut gestoßen. Spaltung des Ganges. Kleinerer Gang mit wenig Granulation ausgefüllt und von Schwielengewebe unterminiert. Keinen Anhalt für Tbc. Der Gang läßt sich periproktal noch etwas verfolgen, endet blind. Auch hier gründliche Auskratzung. Hämorrhoiden werden cauterisiert.

Entlassung nach 12 Tagen. Wunde fast geheilt.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

8.

G. M. 26 J. Hausdiener.

Vorgeschichte: Seit einigen Jahren lungenkrank.

Befund: Etwa 2 cm nach vorn von der Analöffnung und etwas nach links davon befindet sich eine leistenförmige, sezernierende Fistel. Die eingeführte Sonde fühlt man rectal dicht unter der Schleimhaut. In der Umgebung befinden sich Narben, wahrscheinlich von verheilten Fisteln herrührend. Röntgenbild zeigt keine Veränderung am knöchernen Becken.

Operation: (Sakralanästh.) Öffnung wird umschnitten und teils stumpf, teils scharf ausgelöst. Keine Verbindung zum Rectum. Die ganze Fistel wird excidiert. Tampon. Einige tiefe Catgut-, einige tiefe Hautnähte.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 10 Tagen. Wunde fast völlig ausgeheilt.

Histologisch: Unspezifische Entzündung. Plattenepithelausgekleideter Gang.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

9.

E. N. 25 J. Arbeiter.

Vorgeschichte: Mit 16 Jahren trat eine Fistel am Damm auf. Krankenhausbehandlung brachte Besserung, aber nicht Heilung.

Befund: Auf der rechten Seite des Dammes, ein Querfinger

von der Mittellinie, 2 Fisteln. Die vordere leicht entzündet, Sondierung ca. 1 cm tief. Bei der hinteren Fistel Umgebung wulstig erhöht. Keine Öffnung zu sehen. Sondierung gelingt ca ½ cm tief. Aus beiden Fisteln erfolgt keine Sekretion. Beide haben keine Verbindung zum Rectum.

Operation: (Sakralanästh.) Vordere Fistel wird gespalten und die narbigen Teile excidiert. Dasselbe bei der hinteren Fistel. Jodformgazetamponade. Lockere Vernähung.

Entlassung nach 8 Tagen. Wunde markstückgross, schmierig, eitrig belegte Granulationen.

Histologisch: Unspezifisch schwielenbildende Entzündung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfisteln.

10.

I. R. 32 J. Stellmachermeister.

Vorgeschichte: 1918 Verletzung am Gesäß, die gut heilte. Nach 8 Monaten Mastdarmentzündung. Fistelbildung. Heilte ab. 1920 erneut eiternde Fistel, welche blieb. 1928 Op. Danach Verschlimmerung. Kann nicht sitzen. Starke Schmerzen im Mastdarm.

Befund: An linker Gesäßhälfte ca. 7—8 cm lange Narbe. In deren Mitte eine Fistelöffnung, die sich in Richtung auf den Anus sondieren läßt.

Operation: (Äther) Fistel läßt sich ca. 12 cm tief nach dem Rectum verfolgen und mündet reichlich fingerhoch über dem Anus ins Rectum. Spaltung der Fistel vom Rectum aus. Dabei muß Sphinct. durchschnitten werden. Tampon in die Wunde. Stopfrohr.

Verlauf: Nach Abführen Schmerzen beim Stuhlgang. Inkontinenz. Wunde granuliert allmählich gut zu. Nach 1 Monat noch immer Inkontinenz. Wunde heilt sehr langsam und sezerniert mäßig Eiter. Entlassung in ambulante Behandlung.

Wiederaufnahme: nach weiteren 2 Monaten. Beim Herumgehen entleert sich Eiter aus dem After. Inkontinenz besteht noch immer, nur fester Stuhl kann einige Zeit gehalten werden.

Befund: Am Sphincter kaum Widerstand. Große Narbe bis zum After, am Anus als Fortsatz dieser eine Fissur.

Rectale Untersuchung: Derbe Verhärtung fingerhoch hinaufreichend.

Histologisch: chron. Entzündung. Keinen Anhalt für Tbc.

Diagnose: compl. extrasphinct. Analfistel.

11.

W. G. 27 J. Tischlermeister.

Vorgeschichte: Immer gesund. In letzten Jahren häufig

unter Furunkeln zu leiden gehabt. Vor 2 Jahren Furunkel am Gesäß, incidiert. Seitdem besteht an dieser Stelle eine Fistel. Schließt sich vorübergehend, um dann unter Schmerzen wieder aufzubrechen.

Befund: ca. 2 cm rechts unterhalb des Afters findet sich eine Fistelöffnung, die für eine feine Sonde durchgängig ist und in Richtung zum After führt. Tiefe 2 cm.

Operation: (Lokalanästh.) Spaltung über eingeführter Sonde. Der Gang endet vor dem Sphinct. Tamponade.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 8 Tagen mit gut granulierender, ca. 1 cm langer Wunde.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

12.

E. M. 26 J. Kaufmannstochter.

Vorgeschichte: Vor 1/2 Jahr Absceß am Gesäß, der incidiert wurde. Heilte aus, jedoch blieb daneben eine kleine Wunde, die seitdem ständig sezerniert.

Befund: 4 Querfinger links neben und etwas unterhalb der Analöffnung Fistelöffnung, von etwa Linsengröße. Gesäßpartie erscheint leicht infiltr. Ca. 2 cm über der Fistelöffnung findet sich eine 2 cm lange senkrechte Narbe. Mit der Sonde gelangt man dicht unter der Haut bis unter die Rectalschleimhaut, ohne ins Lumen zu kommen.

Operation: (Sakralanästh. + Rausch) Spaltung über eingeführter Sonde. Es zeigt sich ein mit Granulationsgewebe ausgekleideter Gang. Da er außerhalb des Sphinct. verläuft, wird bis zu diesem gespalten und der Gang excochleiert. Jodoformgazetamponade.

Entlassung nach 12 Tagen mit oberflächlich granulierender Wunde.

Diagnose: incompl. extrasphinct. Analfistel.

13.

B. L. 57 J. Tischlerwitwe.

Vorgeschichte: Seit 4 Jahren Luesbehandlung. Vor 4 Monaten bildete sich in der Analgegend ein Absceß, der bald darauf aufbrach. Völlige Heilung trat danach nicht ein.

Befund: 2 Querfinger neben der Analöffnung sieht man rechts eine pfenniggroße, granulierende Wundfläche, in deren Mitte eine kleine Fistelöffnung, aus welcher sich auf Druck etwas Sekret entleert. Circulär um die Analöffnung — Hämorrh. Mit der Sonde gelangt man unter der Haut und Schleimhaut ins Rectum außerhalb vom Spinct.

Operation: (Lokalanästh.) Spaltung auf Hohlsonde vom Lumen aus. Sphinct. bleibt unberührt. Es finden sich schmierige Granulationen. Excochleation des Ganges. Jodoformgazetamponade.

Entlassung nach 7 Tagen. Wunde granuliert und ist groß breit offen. Sekretion mäßig.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

14.

E. S. 28 J. Friseur.

Vorgeschichte: Vor 10 Wochen Darmkatarrh. Anschliessend Eiterungen in Aftergegend. Wäsche dauernd mit Eiter verschmutzt. Keine eigentlichen Beschwerden.

Befund: In der hinteren Begrenzung des Afters am Übergang der Schleimhaut in die Haut ca. stecknadelkopfgroße, flache Einziehung, die wie eine Fistelbildung aussieht. Sondierung unmöglich. Auf Druck kein Eiter.

Operation: (Sakralanästh.) Eingeführte Sonde verläuft unter der Schleimhaut durch den Sphinct. internus bis oberhalb des Analrings, und kommt hier zum Vorschein. Spaltung über Sonde, Jodoformgazetamponade. Im Heilverlauf Schmerzen beim Stuhlgang.

Entlassung nach 7 Tagen in hausärztliche Behandlung. Wunde granuliert gut.

Diagnose: compl. intersphinct. Analfistel.

15.

H. S. 54 J. Tischlermeisterfrau.

Vorgeschichte: Mit 30 Jahren Lungenspitzenkatarrh. Sonst Familie o. B. Vor 2 Jahren bildete sich am After eine Fistel, aus der sich Eiter entleerte. Vor 1 Jahr ärztlich behandelt. Nach einiger Zeit neue Fistel. Pat. glaubt, daß sich ab und zu Stuhl durch die Fistel entleert.

Befund: An der linken Seite des Analringes, ca. 2 cm von diesem entfernt, eine gelblichen Eiter sezernierende Fistel. Die eingeführte Sonde gleitet im wesentlichen subcutan, dann submucös, und etwa 1,5 cm oberhalb des Analringes tritt sie ins Lumen.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung auf Hohlsonde. Abtragung überstehender Schleimhauträndер. Auskratzung. Jodoformgaze.

Entlassung nach 5 Tagen in hausärztliche Behandlung. Wunde granuliert gut.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

16.

E. F. 31 J. Postschaffner.

Vorgeschichte: 1915 vom Hund ins Gesäß gebissen. Vor 6½ Jahren Absceß am After, der aufbrach. Es verblieb eine Fistel. Vor ½ Jahr Ätzungen ohne Erfolg.

Befund: 2 Querfinger vom Anus nach vorne rechts eine erbsengroße Vorwölbung. Auf deren Mitte eine feine Öffnung. Mit der Sonde gelangt man ca. 3 cm tief zum Rectum und in dieses hinein. Auf Druck entleert sich dünnflüssiges Sekret.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung über Sonde und Excision. Jodoformgaze.

Entlassung nach 7 Tagen in hausärztliche Behandlung. Wunde klafft weit. Granuliert gut.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

17.

E. S. 36 J. Bürovorsteher.

Vorgeschichte: Vor 2 Jahren Hämorrh.-Behandlung. Seit jener Zeit besteht eine nässende Stelle am Anus. Pat. hat sich oft durchgescheuert, außerdem zeitweise Jucken und Brennen. Zäpfchenbehandlung brachte keine Besserung.

Befund: Oberhalb der Analöffnung befindet sich eine stecknadelkopfgroße Fistelöffnung. Mit Sonde gelangt man 2 cm hoch nach oben in Richtung auf Ampulle und in diese hinein. Auf Druck entleert sich etwas Sekret. Außerdem bestehen innere Hämorrh.-Knoten.

Operation: (Sakralanästh.) Manuelle Sphinct.-Dehnung. Spaltung auf Hohlsonde. Stopfrohr.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 7 Tagen in hausärztliche Behandlung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

18.

M. S. 41 J. Kaufmannsfrau.

Vorgeschichte: 1 Bruder an Tbc. gestorben. Selbst Drüsenschwellungen seit Kindheit. Mit 15 Jahren Typhus abdominalis. 1917 und 1918 Lues. 1920 Abort. 1921 Mastdarmabsceß, der Aufbrach. Hinterließ eine Fistel. 1922 Fistelop. mit Erfolg. Vor einigen Tagen Absceß, welcher aufging und reichlich Eiter entleerte.

Befund: 1 Querfinger neben Analöffnung rechts stark sezernierende Fistel. Umgebung gerötet und wallartig aufgeworfen.

Histologisch: einwandfreie Tbc.

Therapie: conservativ.
Entlassung nach 3 Tagen ungeheilt.
Röntgen vom Becken: o. B.
Röntgenbestrahlung $^1/_{10}$ HED.

Diagnose: Tbc. — Analfistel.

19.

O. R. 23 J. Polizeiwachtmeister.

Vorgeschichte: Seit $^3/_4$ Jahr bemerkt Pat., daß die Analgegend oft feucht ist. Vor 3 Wochen Fistel vom Arzt festgestellt.

Befund: 3 Querfinger nach außen vom Analring links stecknadelkopfgroße Fistelöffnung. Haut reizlos. Keine Schwellung.

Operation: (Sakralanästh.) Hohlsonde führt unter der Haut nach medial unter Analschleimhaut, außerhalb vom Sphinct. Endet blind. Durchstoßen mit der Sonde und Spaltung. Es findet sich ein kirschkerngroßer, abgekapselter Absceß mit gelbem Eiterinhalt. Auskratzung der Granulationen und Excision der Absceßhöhlenwand. 2 Hautnähte. Wunde bleibt offen. Jodoformgaze. Drain ins Rectum.

Histologisch: Mit Epithel ausgekleideter Fistelgang. Rundherum chron. Entzündung.

Glatter Heilverlauf. Nach 6 Tagen entlassen. (Keine Angaben, ob Wunde noch offen oder verheilt.)

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

20.

G. T. 41 J. Rottenführerfrau.

Vorgeschichte: Seit $1^1/_2$ Jahr regelmäßig Eiterabgang aus dem After mit nur geringen Schmerzen, die zeitweilig vergingen, um im Abstand von einigen Wochen wieder aufzutreten. Gleichzeitig mit Schmerzen tritt meistens eine Verhärtung oberhalb des Afters auf, wonach die Eiterentleerung stärker wird.

Befund: Äußerliche Umgebung des Afters leicht gerötet. Haut glatt, glänzend. Sakralwärts fühlt man ein walnußgroßes Infiltrat. Auf Druck geringe Schmerzen.

Operation: (Chloraethyl-Ätherrausch) Radiäre Spaltung des Infiltrats. Man gelangt in eine knapp walnußgroße Absceßhöhle, wobei sich Eiter entleert. Von der Höhle führt ein enger Gang zur Schleimhaut der Ampulle. Außerhalb des Sphinct. Spaltung. Auskratzung. Tamponade.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 12 Tagen mit oberflächlicher Wunde.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

21.

A. P. 31 J. Witwe.

Vorgeschichte: Seit 1923 treten Entzündungserscheinungen in der Aftergegend auf. In Abständen kommt es zu Absceßbildungen, die aufbrechen und nach einigen Tagen abheilen. Bereits 9 Mal. Vor 2 Tagen dieselben Erscheinungen.

Befund: Schwellungen im Bereich der rechten Commissur. Etwa 2 Querfinger neben Analöffnung haselnußgroße, erhabene Partie, in deren Bereich die Haut verdünnt ist. Auf Druck entleert sich massenhaft Eiter. Mit der Sonde gelangt man in eine ca. walnußgroße Absceßhöhle, deren Wandung derb infiltriert ist.

Therapie: conservativ, bis die akuten Erscheinungen abgeklungen.

Operation: (Ätherrausch) Spaltung der Fistelöffnung. Man gelangt in eine außerhalb des Sphinct. gelegene Absceßhöhle. Excochleation. Jodoformgazetamponade.

Entlassung nach 5 Tagen mit gut granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

22.

G. K. 58 J. Deputant.

Vorgeschichte: 1916 an linker Gesäßseite, nahe After, Absceß. Derselbe brach auf. Nach Abklingen der akuten Erscheinungen blieb eine Fistel zurück. Die Fistel schloß sich zeitweilig, brach aber stets wieder auf.

Befund: An der linken Gesäßhälfte findet sich in deren Mitte, etwa 2 Querfinger vom Anus, eine linsengroße Öffnung, aus der sich auf Druck schmierig eitriges Sekret entleert. Sondierung ca. 3 cm tief, außerhalb vom Sphinct. Gang endet blind.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung auf Hohlsonde. Es findet sich ein Fistelkanal, der bis dicht an den Darm heranreicht. Auskratzung des Kanals und der schmierigen Granulationen. Verschorfung mit Thermocauter.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 6 Tagen mit kleiner, mäßig sezernierender Wunde.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

23.

W. H. 38 J. Justizobersekretär.

Vorgeschichte: 1929 spontane Fistel in der Steißbeingegend.

Befund: Etwa in Höhe des Steißbeins in der Mittellinie hirse-

korngroße, leicht gerötete Fistelöffnung. Sondierung führt nach abwärts in nur geringe Tiefe.

Operation: (Vollnarkose) Incision über Fistel. Es wird ein 2 cm langer Gang, der mit Granulation ausgefüllt ist, eröffnet. Eine weitere Fortsetzung dieses Granulationsganges in die Tiefe kann nicht festgestellt werden. Die Granulationen werden restlos entfernt. Jodoformgazetamponade.

Entlassung nach 7 Tagen mit reaktionslos und gut granulierender Wunde in hausärztliche Behandlung.

Wiederaufnahme nach 1 Monat.

Befund: Neue Fistel etwas oberhalb des Afters.

Operation: (Vollnarkose) Spaltung in Mittellinie über dem Steißbein. Man kommt auf einen aus Granulationsgewebe bestehenden Bezirk. Kein Zusammenhang mit Knochen. Ausgiebige Excision.

Histologisch: Unspezifische Entzündung.

Entlassung nach 5 Tagen mit gut granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. extrasphinct. Analfistel.

24.

I. W. 38 J. Schlosserfrau.

Vorgeschichte: Vor 1 Jahr Entzündung am After, wurde operiert. Es blieb eine Fistel zurück, aus der sich dauernd etwas Blut und Eiter entleerte. Außerdem Jucken und Brennen am After.

Operation: Keine endgültige Heilung. Es besteht auch jetzt noch eine Fistel.

Befund: An der Schleimhautgrenze stecknadelkopfgroße Fistelöffnung. Mit der Sonde kann man den Fistelgang etwa 1 1/2 cm weiter dicht unter der Haut entlang verfolgen, Sonde im Rectum dicht unter der Schleimhaut fühlbar.

Operation: (Narkose) Spaltung über der Hohlsonde. Excision des Ganges. Tamponade.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 6 Tagen mit frischgranulierender sauberer Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

25.

K. K. 28 J. Landwirt.

Vorgeschichte: Seit 10 Jahren soll die Fistel bestehen. Schloß sich zeitweilig, um dann wieder aufzubrechen und reichlich Eiter zu entleeren.

Befund: 2 Querfinger vom Anus nach hinten und 2 Querfinger

nach links von der Mittellinie eine Fistelöffnung, aus der sich auf Druck Eiter entleert.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung der Fistel, dieselbe reicht bis zum Analring. Sphinct. ist nicht beteiligt. Excision. Tamponade.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 9 Tagen mit oberflächlich, reizloser Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

26.

F. Sch. 39 J. Oberwachtmeister.

Vorgeschichte: Vor 12 Tagen bildete sich am After eine größere Vorwölbung, die aufbrach und reichlich Eiter entleerte. Seitdem besteht eine Fistel.

Befund: Dicht hinter der hinteren Umgrenzung des Analrings befindet sich in der Mittellinie eine ca. stecknadelkopfgroße Einziehung. Auf Druck kein Eiter. Bei Sondierung gibt anscheinend eine Verklebung nach und man gelangt ca. 4 cm. unter der Darmschleimhaut in die Höhe, aber nicht ins Lumen. Jetzt reichlich Eiterabgang.

Operation: (Sakralanästh.) Sphincterdehnung. Spaltung über Hohlsonde. Die Sonde kommt dicht oberhalb des Sphincters durch die Schleimhaut ins Lumen. Auskratzung der Granulationen. Jodoformgazetamponade. Verband.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 4 Tagen mit gut granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

27.

R. St. 40 J. Arbeiter.

Vorgeschichte: In der Familie keine Tbc. Seit 9 Jahren Beschwerden. Von Zeit zu Zeit Abscesse in der Aftergegend, die aufbrachen und monatelang eiterten. Heilung dauerte stets sehr lange. Seit letztem Absceß in vorigem Jahr keine Heilung. Es blieb eine Fistel, die ständig eiterte.

Befund: Nähere Umgebung des Anus leicht verdickt. Beim Betasten flächenhaft infiltriert. Keine akuten Entzündungserscheinungen auf der Haut. Beiderseits vom Anus alte und frische Narben und kleine Einziehungen. Im Bereich der rechten Commissur in einer Narbe eine gut stecknadelkopfgroße Fistelöffnung. Sondierung ergibt keine Verbindung zum Darmlumen. Der Gang verläuft außerhalb vom Sphinct.

Operation: (Sakralanästh.) Sphincterdehnung. Auf Hohlsonde Spaltung der rechten Fistel nach Durchstoßen. Auskratzung

der Granulationen. Das gleiche geschieht an 2 weiteren Fisteln. Jodoformgazetamponade.

Entlassung nach 14 Tagen mit fast verheilter Wunde in ambulante Behandlung. Glatter Heilverlauf.

Histolog: Chron. unspezifische Entzündung. Einzelne Fremdkörperzellen. Kein Anhalt für Tbc.

Diagnose: incompl. intraspinct. Analfistel.

28.

M. K. 38 J. Lehrerfrau.

Vorgeschichte: Vor 10 Jahren schwere Zangengeburt. Danach Hämorrh-Bildungen. Pat. hatte starke Schmerzen, zeitweilig mußte sie sogar zu Bett liegen. Vor 1 Monat starke Schmerzen. Es entstand eine Geschwulst neben Analöffnung. Hohes Fieber und Schüttelfröste. Die Geschwulst brach auf und es entleerte sich viel Eiter. Danach ließen die Schmerzen und das Fieber nach. Nur beim Stuhlgang noch heftige Schmerzen.

Befund: Rechts hinten am Anus ca. 1 cm von dem Sphincter externus 2 Fistelöffnungen sichtbar. Eine führt direkt zum Sphinct., endet aber vor ihm unter der Analhaut. Die 2. führt senkrecht in die Tiefe.

Operation: (Äthernarkose) Spaltung beider Fistelgänge, die ca. 3—5 cm unter der Haut bis zum Spinct. führen. Ein Gang führt in eine ca. pflaumengroße Absceßhöhle. Jodoformgazetamponade. Ein großer Hämorrh.-Knoten wird umstochen und mit Catgut abgebunden.

Entlassung nach 10 Tagen. Noch starke Absonderungen.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfisteln.

29.

O. B. 39 J. Bahnarbeiter.

Vorgeschichte: Vor 2 Monaten Absceß am Anus links. Nach Incision entleerte sich viel Eiter und Blut. Keine Heilung der Wunde. Vor 8 Tagen neuer Absceß am oberen Ende der Gesäßspalte, welcher aufbrach und reichlich Eiter entleerte.

Befund: Etwa 2 cm dorsalwärts innerhalb des Gesäßrandes findet sich eine kleine Öffnung in der Haut, durch die man mit der Sonde ungefähr 1 1/2 cm analwärts kommt. Auf Druck entleert sich etwas seröse Flüssigkeit.

Operation: (Protrahierter Rausch) Sondierung der Fistel. Es zeigt sich, daß es sich um eine compl. Fistel handelt. Sie ist ca. 2 1/2 cm lang und mündet distal vom Sphinct. Spaltung der Fistel auf Hohlsonde. Man gelangt in eine kirschkerngroße Höhle, die von Granulationsgewebe ausgekleidet ist. Im oberen Pol mündet

ein kleiner Gang. Bei Sondierung kommt man ins Rectum dicht oberhalb des Anus. Spaltung unter Schonung des Sphinct. Tamponade.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 11 Tagen mit sehr gut granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

30.

J. Sch. 26 J. cand. jur.

Vorgeschichte: vor 9 Wochen erkrankt. Es bildete sich ein Absceß neben der Analöffnung, der aufbrach. Nach Abheilung desselben erneut ein Absceß weiter hinten an linker Gesäßhälfte. Derselbe brach ebenfalls auf, heilte aber nicht mehr ab. Seitdem besteht mäßig sezernierende Fistel.

Befund: An linker Gesäßhälfte eine etwa $1^1/_2$ cm lange, etwas klaffende, oberflächlich gelegene Wunde mit gelbgrauem Grund, die minimal absondert. Sie liegt nach vorne ca. 6 cm von der Analöffnung entfernt. Sonde gelangt an 3 verschiedenen Stellen subcutan nach oben gegen den Anus zu. Keine Verbindung zum Darm.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung der Gänge auf Hohlsonde. Man gewinnt Überblick über eine subcutan gelegene etwa 5-markstückgroße, mit glasig-gelben Granulationen bedeckte Fläche. Sie wird nach allen Seiten freigemacht. Auskratzung mit scharfem Löffel. 2 Situationsnähte. Jodoformgazetamponade. Drain ins Rectum.

Schlechte Heilungstendenz. Wunde verkleinert sich nur sehr langsam. Nach 3 Wochen ist die Wunde markstückgroß und zeigt frische Granulationen. Entlassung in ambulante Behandlung.

Histologisch: Einwandfreie Tbc.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

31.

A. M. 77 J. Postschaffner.

Vorgeschischte: Seit einigen Monaten schmerzhafte Affektion in Umgebung des Afters. Gelegentlich Eiterabgang. Starkes Brennen und Jucken.

Befund: 2 Querfinger vom After nach links und vorne Fistelöffnung. Dicht in der Nähe des Afters eine 2. Öffnung. Umgebung stark entzündlich gereizt.

Operation: (Umspritzungsanästh.) Spaltung des zwischen den Fisteln gelegenen Ganges. Weiterhin Spaltung einer Höhle,

die unter der Schleimhaut des Afters liegt. Jodoformgazestreifen. Drain in den After.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 5 Tagen mit gut granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

32.

G. B. 22 J. stud. rer. oec.

Vorgeschichte: Vor 5 Jahren Fall auf den Steiß, danach Schmerzen, die einige Zeit anhielten, allmählich aber verschwanden. Vor 2 Jahren erneut Schmerzen in Kreuzbeingegend, ausschließlich beim Sitzen. Bemerkte am Damm eine nässende Stelle.

Befund: Am Damm handbreit oberhalb des Anus in der Mittellinie eine gut erbsgroße Fistelöffnung, die mäßig Eiter sezerniert. Mit einer Sonde gelangt man rückwärtig vom Steiß- und Kreuzbein unter der Haut ca. 15 cm weit nach oben. Nach unten nur 2—3 cm.

Röntgenaufnahme: Knochen o. B.

Operation: (Äthernarkose.) Spaltung der Weichteile auf Kochersonde. Fistel führt in derb schwieliges Gewebe. Es findet sich kein Dermoid. Auskratzung. Jodoformgazetamponade.

Entlassung nach 16 Tagen mit gut granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. extrasphinct. Analfistel.

33.

M. P. 38 J. Arbeiterfrau.

Vorgeschischte: Vor 9 Wochen Analabsceß. Wurde gespalten. Seitdem eitrig-sezernierende Fistel, die sich nicht schließen will.

Befund: ca. 2 cm links vom After kleine Fistelöffnung. Mit der Sonde gelangt man unter der Haut bis an den After, aber nicht ins Rectum hinein.

Operation: (Lokalanästh.) Spaltung auf Hohlsonde. Tamponade. Verband.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 21 Tagen mit mäßig sezernierender Fistelwunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

34.

F. R. 50 J, Schuhmachermeister.

Vorgeschichte: Vor 1 Jahr Absceß an der rechten Gesäß-

hälfte. Ausgelöst durch Fischgräte. Spaltung des Abscesses. Es blieb jedoch eine Fistel zurück.

Befund: An rechter Gesäßhälfte, etwas unterhalb der Analöffnung, eine 4 cm lange Narbe, in deren Mitte sich eine Fistelöffnung befindet. Mäßige Eitersekretionen. Die eingeführte Sonde dringt 8—10 cm in die Tiefe nach dem Rectum hin. Ist vom Rectum aus hinter dem Schließmuskel zu tasten, gleichzeitig eine ziemlich derb vergrößerte Prostata.

Operation: (Sakralanästh.) Hohlsonde wird ins Rectum durchgestoßen und Fistel gespalten. Es gelingt unter Schonung des Sphinct. Auskratzung der Granulationen. Drain ins Rectum.

Entlassung nach 12 Tagen mit stark verkleinerter, sauberer Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

35.

E D. 34 J. Studienreferendar.

Vorgeschichte: Vor 4 Jahren Lungenspitzenkatarrh. Seit 1 Jahr andauerndes Nässen in der Analgegend.

Befund: Am äußeren Analring findet sich an der vorderen Commissur eine kleine Fistelöffnung, aus der sich wenig Eiter entleert. Mit der Sonde gelangt man ins Rectum. Außerdem Hämorrh.-Knoten.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung und Verschorfung der Fistel.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 14 Tagen mit stark verkleinerter Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

36.

A. A. 51. J. Landwirt.

Vorgeschichte: Vor 8 Wochen Schmerzen am After. Schleimabgang. Es wurde eine Analfistel festgestellt. Bisher keine wesentliche Besserung.

Befund: An unterer Seite des Afters in der Mittellinie und etwas oberhalb davon an der linken Seite befindet sich je eine kleine Fistelöffnung. Sonde dringt etwa ½ cm in die Tiefe ohne ins Lumen zu gelangen.

Operation: (Sakralanästh.) Beide Fisteln werden auf der Hohlsonde gespalten. Tamponade. Verband.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 9 Tagen mit verheilter Wunde.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfisteln.

37.

S. Sch. 47 J. Landwirt.

Vorgeschichte: Vor ½ Jahr plötzlich, heftige Schmerzen in Analgegend. Incision eines Abscesses. Es entleert sich reichlich Eiter. Keine Heilung. Es resistiert eine Fistel, die dauernd Eiter sezerniert.

Befund: In Analgegend 2 cm nach links eine Fistel, aus welcher sich auf Druck rahmiger Eiter entleert. Umgebung leicht infiltriert.

Operation: (Infiltrationsanästh.) Die Sondierung ergibt, daß ein langer Gang hoch nach oben und außen vom Sphinct. führt. Unter Schonung des Sphinct. Spaltung etwa 5 cm lang. Mit Kornzange wird die Wunde erweitert und ein 5 cm langes Drain eingelegt. Außerdem Jodoformgazestreifen.

Entlassung nach 18 Tagen in hausärztliche Behandlung. Drain noch in der Wunde. Sekretion gering.

Wiederaufnahme nach 14 Tagen.

Befund: Rechts neben Anus ein neuer Absceß, welcher in Chloraethyl bis zur Mastdarmschleimhaut hinein gespalten wird. Es entleert sich übelriechender Eiter.

Entlassung nach 8 Tagen mit gut granulierender, verkleinerter Wunde in hausärztliche Behandlung.

Wiederaufnahme nach 5 Monaten.

Befund: In Umgebung des Anus Fisteleiterung. Links und rechts je eine Fistel, aus denen sich auf Druck Eiter entleert.

Operation: (Narkose) Auf Hohlsonde außerhalb vom Sphinct. Spaltung. Tamponade.

Entlassung nach 8 Tagen ungeheilt in hausärztliche Behandlung.

Diagnose: incompl. extrasphinct. Ischiorectalfisteln.

38.

O. B. 45 J. Reichsbahnassistent.

Vorgeschichte: Etwa seit 12 Jahren Beschwerden. Es bildete sich ein kleiner Knoten am After, der aufging und blutigen Eiter entleerte. Seit dieser Zeit besteht eine Fistel. Im Abstand von 4—6 Wochen stets erneute Schwellungen, die aufbrachen und dann verschwanden.

Befund: Stecknadelkopfgroße Fistelstelle dorsal vom Anus. Seröse Absonderungen aus der Fistel. Fistelgang verläuft nach vorn unter der Haut zum Analring.

Operation: (Sakralanästh.) Sphincterdehnung. Hohlsonde ge-

langte unter der Haut außerhalb vom Sphincter direkt ins Rectum. Spaltung und Auskratzung. Drain ins Rectum. Opium.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 7 Tagen mit gut granulierender Wunde in hausärztliche Behandlung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

39.

M. W. 47 J. Besitzerfrau.

Vorgeschichte: Seit 2 Jahren Jucken und ziehende Schmerzen in Aftergegend. Zeitweise beim Stuhlgang Schmerzen.

Befund: o. B.

Operation: (Sakralanästh.) Dehnung. Bei genauer Untersuchung an hinterer Circumferenz eine kleine Fistelöffnung, die sich ca. 1½ cm tief sondieren läßt und außerhalb vom Sphinct. in die Darmschleimhaut hinein führt. Exstirpation des ganzen Fistelganges. Catgutknopfnähte. Salbenstopfrohr.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 8 Tagen mit fast verheilter, reizloser Wunde in ambulante Behandlung.

Histologisch: Cyste, ausgekleidet mit Plattenepithel. Kein Anhalt f. Tbc.

Diagnose: compl. extrasphinct. Analfistel.

40.

M. K. 68 J. Rentner.

Vorgeschichte: Seit vorigem Jahr Schmerzen in linker Beckenseite. Es bildete sich ein Geschwür, das aufbrach. Seit dieser Zeit besteht eine Fistel. Vor einem Monat ein Geschwür auf der rechten Seite.

Befund: Rechts 3 Querfinger vom Anus eine Fistelöffnung. Links handbreit vom Anus ebenfalls eine Fistelöffnung. Auf Druck entleert sich gelblicher Eiter.

Operation: (Sakralanästh. + örtliche Umspritzung). Linke Fistel auf Kocherrinne gespalten. Es findet sich ein mit schmierigem Granulationsgewebe ausgekleideter Gang, der in die Tiefe geht, aber nicht nach der Schleimhaut zu. Die rechte Fistel reicht bis zum Steißbein und wird gespalten. Tbc. verdächtiges Gewebe wird excochleiert. Tamponade. Verband. Drain in Anus.

Histologisch: Untersuchung ergibt Tbc.

Langwieriger Heilverlauf. Während desselben 2 Röntgenbestrahlungen. Entlassung nach 3 Wochen in ambulante Behandlung. Fisteln vollkommen gereinigt. Bestehen aber noch.

Wiederaufnahme nach 1 Monat. Fisteln bestehen noch und

entleeren auf Druck dünnflüssigen Eiter. Röntgenbestrahlungen. In 4 Wochen wieder bestellt.

Diagnose: incompl. extrasphinct. Analfisteln.

41.

H. K. 41 J. Arbeiter.

Vorgeschichte: Seit einiger Zeit Schwellungen an rechter Gesäßhälfte. Seit 2 Tagen sehr heftige Schmerzen. Angeblich soll schon früher ähnliches bestanden haben und seitdem Beschmutzen der Wäsche.

Befund: Rechts von Analöffnung Tumor, (alle Zeichen der Entzündung), links erbsengroßer Haut-Knoten. Darunter Fistelöffnung, die etwas Eiter absonderte. Sonde dringt nur wenig nach oben und analwärts.

Operation: (Narkose) Radiärer zum Anus gestellter Schnitt über 2 Abszesse rechts. Es findet sich eine hühnereigroße, bis zum Sphinct. reichende Höhle, aus der sich dicker, stinkender Eiter entleert.

Glatter Heilverlauf. Pat. geht nach 9 Tagen auf eigenen Wunsch und Verantwortung aus der Klinik. Wunde sauber und oberflächlich.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

42.

R. K. 53 J. Klempnermeister.

Vorgeschichte: Vor 2 Monaten Beginn der Beschwerden. Inzwischen 2 mal operiert. Die Wunde am Anus kam nicht zum Abheilen. Es blieb eine Fistel.

Befund: Verschwellung der Afterumgebung, besonders nach dem Damm hin. 2—3 Querfinger vom Anus entfernt 2 sezernierende Fistelöffnungen. Die Umgebung ist leicht gerötet und druckempfindlich. Fisteln lassen sich ziemlich weit analwärts sondieren.

Operation: (Narkose) Es werden beide Fisteln, die ziemlich weit hinaufgehen, aber noch außerhalb des Afters liegen, sondiert, die Sonde durch die Haut des Afters durchgestoßen und gespalten.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 15 Tagen. Wunde nur noch als schmaler Granulationsstreifen sichtbar.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfisteln.

43.

F. R. 29 J. Versicherungsinspektor.

Vorgeschichte: Im Alter von 7 Jahren Lungenentzündung. Vor 2 Jahren bemerkte Pat. in Analgegend eine schmerzhafte

Schwellung. An dieser Stelle bildete sich bald eine Fistel, die zeitweise reichlich sezernierte, zeitweise geschlossen war. 1/2 Jahr später neue Perforation oberhalb der alten Fistelstelle, dauernde Sekretionen aus einer der beiden Fisteln. Conservative Behandlung brachte keinen Erfolg.

Befund: Links vom Anus finden sich 3 livid gefärbte Fistelöffnungen, von denen 2 durch kleine Membranen verschlossen sind, die sich aber leicht perforieren lassen. Sondierung gelingt ca. 4 cm tief. Die Fisteln stehen alle miteinander in Verbindung und führen alle auf einen Punkt zu.

Operation: (Sakralanästh.) Einführung einer Hohlsonde in die verschiedenen Fistelgänge und Spaltung der darüberliegenden Weichteile. Die Gänge führen alle in eine ca. walnußgroße Höhle, die, dicht oberhalb des Sphinct. externus gelegen, mit Detritus und Granulationsgewebe ausgekleidet ist. Auskratzung und Tamponade der Wundhöhle.

Sehr langsamer Heilverlauf. Entlassung nach 4 Wochen. Wunde hat sich wesentlich verkleinert. Oberflächliche Granulationen. Entlassung in ambulante Behandlung.

Wiederaufnahme nach 4 1/2 Monaten. Die Fisteln bleiben nach der Operation nur kurze Zeit geschlossen. Pat. wurde in der Poliklinik mit Röntgen und Ätzung behandelt. Keine wesentliche Besserung.

Befund: Links vom Anus eine Fistelöffnung. Auf Druck Eiter. Etwas tiefer eine 2. Fistel, die scheinbar mit der 1. in Verbindung steht.

Operation: (Sakralanästh.) Sphincterdehnung. Es findet sich eine innere Fistelöffnung. Spaltung der 1. Fistel und Dehnung der 2. Tamponade.

Histologisch: Einwandfreie Tbc.

Entlassung nach 11 Tagen in ambulante Behandlung. Fistel ist nahezu geschlossen.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfisteln.

44.

R. N. 30 J. Strafgefangener.

Vorgeschichte: Seit langer Zeit in ambulanter Behandlung. Röntgen wegen angeblicher Tbc-Mastdarmfistel.

Befund: Rechts vom Anus ein kleiner handtellergroßer, geröteter und verhärteter Hautbezirk, in dessen Bereich 3 Fistelöffnungen. Auf Druck etwas Eiter. Rectal fühlt man leichte Verhärtung in der Schleimhaut rechts über dem Sphinct.

Operation: (Sakralanästh.) in Seitenlage, da Pat. behauptet, ihm werde im Sitzen schlecht. Nach 15 Min. Haemanästh. links,

obgleich nach Injektion gerade Rückenlage eingenommen wurde. Lagerung auf die rechte Seite. Nach 20 Min. gleichfalls Anästh. rechts. (Später oberflächliche Narkose) Sondierung der Fisteln. Eine führt in Sphincterhöhe dicht unter der Schleimhaut und endet blind. Zweite geht dicht unter der Haut als compl. Fistel durch (Mündung Haut-Schleimhautgrenze). Die Fisteln werden excidiert. Jodoformgazetamponade. Einige Hautnähte. Pat. wird ins Gefängnis zurücktransportiert, da Fluchtmöglichkeit gleich nach Op. besteht.

Histologisch: Nichts spricht für Tbc.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfisteln.

45.

P. P. 38 J. Lokomotivführer.

Vorgeschichte: Vor 5 Jahren wegen incompl. Analfistel bereits operiert. Die Fistel hat sich inzwischen immer wieder geöffnet und sezerniert.

Befund: Links neben After in einer Entfernung von 2 Querfingern findet sich eine pfennigstückgroße strahlige Narbe. Im Zentrum Fistelöffnung, aus der sich auf Druck ein wenig blutigwäßriges Sekret entleert.

Operation: (Narkose) Spaltung auf Hohlsonde. Die Fistel reicht bis über den Sphinct. hinaus. Spaltung bis zum Sphinct. Tamponade und Rectumrohr.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 14 Tagen mit gut granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. extrasphinct. Analfistel.

46.

H. R. 15 J. Laufbursche.

Vorgeschichte: Vor 4—5 Wochen schmerzhafter Absceß über dem Kreuzbein, welcher aufbrach und eine Fistel hinterließ, die gelblich-schmieriges Sekret absonderte.

Befund: Über Steißbein etwa 2 Querfinger von der Analöffnung entfernt eine ausgestanzte, nicht ganz erbsgroße Fistelöffnung. Der Gang geht außerhalb des Sphinct.

Operation: (Narkose) Sonde wird ins Rectum durchgestoßen. Spaltung der darüberliegenden Weichteile. Die unterminierte Haut wird ebenfalls auf der Sonde nach mehreren Seiten hin gespalten. Drain ins Rectum. Jodoformgazetamponade in ausgekratzte Wunde.

Entlassung nach 5 Tagen in poliklinische Behandlung. Nach $^1/_2$ Jahr besteht die Fistel immer noch. Erneute Operation in Aussicht genommen.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

47.

H. A. 48 J. Eigentümer.

Vorgeschichte: Seit 1/2 Jahr bemerkte Pat. auf der rechten Seite neben dem After eine Verhärtung. Vom Arzt wird eine Analfistel festgestellt.

Befund: 2 cm rechts vom After eine hanfkorngroße Lippenfistel. Umgebung etwas gerötet.

Digital: Rechts geringe Verhärtung in der Ampulle. Sondierung gelingt ins Darmlumen hinein.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung über Hohlsonde radiär Salbendrain ins Rectum.

Entlassung nach 7 Tagen mit frisch granuliernnder Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

48.

S. W. 6 /2 J. Kaufmannskind.

Vorgeschichte: Seit 14 Tagen Jucken in Aftergegend. In der Familie keine Tbc.

Operation: (Narkose) Ovales Umschneiden der Fistel und Verfolgung des Ganges bis auf den Knochen. Excision des Fistelganges mit seiner Knochenunterlage. Naht.

Glatter Heilverlauf. Keine Heilung p. p. i. Entlassung nach 8 Tagen in ambulante Behandlung.

Histologisch: Chondrom. Mischtumor.
Diagnose: incompl. extrasphinct. Analfistel.

49.

F. B. 46 J. Kaufmann.

Vorgeschichte: Seit 1/2 Jahr stärkere Schmerzen in Analgegend. Pat. bemerkte schon seit längerer Zeit Beschmutzen der Wäsche.

Befund: An der rechten Analcircumferenz findet sich im Hautbereich ein Granulationspropf mit zentraler Fistelöffnung. Sondierung gelingt nach medial bis hinter den Sphinct. Auf Druck reichlich gelblich-eitriges Sekret.

Operation: (Sakralanästh). Spaltung des außerhalb des Sphinct. in den Darm mündenden Fistelganges. Excision. Jodoformgaze. Drain.
Verlegung nach 3 Tagen in die Nervenklinik. Wunde sauber. Granuliert gut.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

50.

E. P. 56 J. Schuhmachermeister.

Vorgeschichte: Vor 9 Monaten Fistel am After, welche aufbrach und reichlich Eiter entleerte. Heilte nicht ab. Die Wunde sezerniert weiter.

Befund: In der Dammgegend nahe dem Übergang zum Scrotum eine Verwölbung. In deren Mitte eine stecknadelkopfgroße Öffnung Auf Druck kein Eiter. Mit der Sonde gelangt man ca. 15 cm ins Darmlumen hinein.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung über eingeführter Sonde. Teilweise Excision des vollständig epithelisierten Fistelganges. Jodoformgazetamponade. Drain in After.

Histologisch: Epithelfistel. (Makroskopischer Befund!)

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 9 Tagen in ambulante Behandlung. Wunde sieht gut aus.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

51.

R. T. 36 J. Lokomotivführer.

Vorgeschichte. Vor 5 Jahren Schwellungen und Rötungen am After. Dieselben gingen wieder zurück. Vor 1—2 Jahren links vom After ein erbsengroßes Knötchen, welches aufbrach und Eiter entleerte. Es blieb eine Fistel zurück, welche sich wohl zeitweilig schloß, um aber stets wieder aufzubrechen. Vor einiger Zeit erneut Absceß am After, welcher incidiert wurde und reichlich mit Blut vermischten Eiter entleerte.

Befund: 3 Querfinger links vom Anus eine kleine erbsgroße Granulation, aus der es etwas blutet. Etwa 1 Querfinger medial von ihr eine ebenfalls ca. erbsgroße eingezogene Narbe. Die Sonde dringt ca. 10 cm gegen das Rectum hin ein. Scheinbar keine Verbindung zum Rectum.

Operation: (Sakralanästh.) Durchstoßen der Schleimhaut mit Hohlsonde; aber, da man feststellt, daß der Gang durch den Sphinct. oder sogar über ihm zur Schleimhaut verläuft, wird nicht gespalten sondern excidiert.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 10 Tagen mit streifenförmiger, granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Histologisch: unspezifische chron. Entzündung.

Diagnose: incompl. extrasphinct. Analfistel.

52.

K. T. 26 J. Laufbursche.

Vorgeschichte: Eine Schwester an Lungentbc. gestorben.

Seit 8 Jahren selbst lungenleidend. Vor 6 Jahren schmerzhafte Anschwellung am Anus, welche perforierte und abheilte. Vor 1 Jahr plötzlich rechts Anschwellung, Perforation. Eiterentleerung. Seither besteht Fistel.

Befund: Links am Anus eine Fissur, in deren Grund Narbengewebe. Rechts vom Anus eine Infiltration, auf deren Höhe sich eine Fistelöffnung findet. Auf Druck entleert sich grünlich-gelber Eiter. Mit Sonde ca. 3 cm in verschiedenen Richtungen Gänge zu verfolgen.

Operation: (Sakralanästh.) Einführung der Sonde. Unterhalb des Sphinct. kommt diese wieder zum Vorschein. Spaltung der Fistel. Auf der linken Seite eine ganz analoge Fistel. Ebenfalls Spaltung.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 5 Tagen mit gut granulierender Wunde und reichlicher Sekretion in ambulante Behandlung.

Histologisch: Einwandfreie Tbc.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfisteln.

53.

G. W. 66 J. Glasermeister.

Vorgeschichte: Vor 17 Jahren Lues. Vor 4 Jahren eine Grippe, evtl. Tbc? Im selben Jahr bemerkte Pat. Hämorrh., welche operiert wurden. Aber es blieb eine Fistel zurück, die besonders in letzter Zeit stark sezernierte.

Befund: In der Nähe des Afters ca. 3 cm sakralwärts und nach rechts sieht man eine kleine senfkorngroße Fistelöffnung, aus der sich auf Druck ein wenig eitrig sanguinolente Flüssigkeit entleert.

Rectal fühlt man an der hinteren Commissur etwas oberhalb des Sphinct. externus eine Einziehung der Schleimhaut mit Knötchenbildung. An dieser Stelle besteht auf Druck Schmerz.

Rektoskopie: Es finden sich im unteren Teil des Rectums einige ulceröse Stellen.

Operation: Die Hohlsonde führt oberhalb des Sphinct. ins Rectum. Spaltung des äußeren Teiles und Excochleation des übrigen von Granulationen ausgekleideten Ganges. Tamponade. Stopfrohr.

Histologisch: Einwandfrei Tbc. Auch im Sputum Bazillen nachgewiesen.

Fieberhafter Heilverlauf. Entlassung auf eigenen Wunsch nach 7 Tagen in ambulante Behandlung.

Diagnose: compl. extrasphinct. Analfistel.

54.

B. K. 26 J. stud. theol.

Vorgeschichte: Bereits vor 10 Jahren an einer Analfistel operiert. Seither dauernd Jucken und Brennen. Beim Stuhlgang starke Blutungen. Hat besonders in den letzten 14 Tagen soviel Blut verloren, daß eine hochgradige sekundäre Anämie auftrat. 30% Hb, 2,6 Ery.

Befund: Am After sieht man rechts unten eine kleine Fistelöffnung, aus der sich auf Druck einige Tropfen Eiter entleeren. Beim Pressen tritt ein ganzer Kranz von Hämorrh.-Knoten hervor. Sondierung gelingt nicht. Mehrere Rectoskopien ergeben nichts besonderes.

Operation: (Sakralanästh.) Fistel wird gespalten. Es handelt sich um eine compl. Fistel, die außerhalb des Sphinct. zum Rektum führt. Auskratzung der Granulationen. Beseitigung eines Teils der Hämorrh.-Knoten.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 11 Tagen in poliklinische Behandlung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

55.

W. D. 11 J. Arbeiterkind.

Vorgeschichte: Seit frühester Kindheit leidet Pat. an Furunkulose. Vor 1 Jahr Absceß am After. Vor 4 Tagen ein neuer Absceß, welcher hier in der Klinik spontan aufgeht.

Befund: Rechts neben After an Hautschleimhautgrenze eine hochrote, etwa kirschkerngroße, schlaffe Geschwulst, auf deren Höhe sich eine kleine Fistelöffnung befindet. Es entleert sich etwas blutiger Eiter. Absceß hat sich inzwischen fast vollständig entleert.

Operation: (Allgemeine Betäubung) Hohlsonde wird nach oben durchstoßen und die Fistel gespalten. Länge etwa 3—4 cm. Tamponade. Darmrohr.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 11 Tagen vollkommen geheilt.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

56.

A. A. 46 J. Arbeiterfrau.

Vorgeschichte: Vor 1 Jahr Bildung eines schmerzhaften Infiltrats am After. Es bildete sich ein Absceß, der schließlich aufging, aber nicht restlos abheilte, sondern eine Fistel hinterließ.

Befund: 2 Querfinger neben dem After links befindet sich eine

Granulationsfistel. Auf Druck entleert sich Eiter. Mit der Sonde gelangt man bis dicht unter die Darmschleimhaut.

Operation: (Lokalanästh.) Sonde wird ins Darmlumen durchgestoßen und die Hautbrücke gespalten. Tamponade. Stopfrohr. Verband.

Glatter Heilverlauf: Entlassung nach 20 Tagen geheilt.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

57.

P. G. 39 J. Büroangestellter.

Vorgeschichte: Vor 6 Jahren Absceß am Gesäß. Nach Abheilung desselben dauernd kleinere Abscesse in Umgebung des Afters. In letzten Jahren konstantes Jucken. Austritt von schleimiger Flüssigkeit aus dem Anus. Vor 1 Jahr wurde eine Analfistel bereits gespalten. Bereits nach 4 Monaten fand sich eine neue Fistel.

Befund: Unterhalb der linken Gesäßhälfte ein fünfmarkstückgroßer, scharf abgegrenzter schwarzbrauner Pigmentfleck. Rechts vom After eine ca. 3 cm lange Narbe. Links ca. 3 cm vom After eine vorgewölbte, rote, erbsengroße Stelle, die am Ende einer Narbe gelegen ist. Auf ihrer Höhe stecknadelkopfgroße Öffnung. Sondierung ca. 3 cm tief. Keine Verbindung zum Darm.

Operation: (Sakralanästh.) Die Sonde geht nur bis zum äußeren Sphinct. heran. Daher breite Spaltung und Auskratzung.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 14 Tagen mit reizloser aber noch klaffender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Fistel.

58.

K. B. 38 J. Obersekretär.

Vorgeschichte: Vor ½ Jahr Incision eines periproktitischen Abscesses. Derselbe rezidivierte mehrfach. Hinterließ schließlich eine Fistel.

Befund: 3 Querfinger rechts vom After befindet sich eine Fistelöffnung mit mäßiger eitriger Sekretion. Mit der Sonde gelangt man außerhalb des Sphinct. 6 cm tief, bis dicht unter die Rectalschleimhaut.

Operation: (Sakralanästh.) Umschneidung der Fistelöffnung. Der mit Farblösung gefüllte Fistelgang wird verfolgt und herauspräpariert. Länge ca. 7 cm Keine Verbindung zum Rectum. Abtragung. Einige Nähte. Verband.

Glatter Heilverlauf: Wunde scheint p. p. zu heilen.

Entlassung nach 10 Tagen mit geringer Sekretion.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

Wiederaufnahme: Nach der Operation vor 1½ Jahren heilte Fistel zu, brach dann aber wieder auf. Dies wiederholte sich mehrere Male.

Befund: 3 Querfinger rechts oben vom Analring eine zarte Fistelöffnung.

Operation: (Narkose) Fistelstelle wird gespalten und der Gang in die Tiefe verfolgt. Ein Gang führt schräg nach oben innen und mündet ins Rectum. Auskratzung und Tamponade.

Nach 5 Tagen Radikaloperation. Der Schnitt wird erweitert und alles reichlich vorhandene schwielige Gewebe radikal entfernt unter sorgfältiger Schonung des Sphinct. An der Mündungsstelle ebenfalls starke Schwielen. Excision und Naht des perirectalen Gewebes. Einige Nähte in übrige Wunde (Catgut). Breite Tamponade.

Sehr langwieriger Heilverlauf. Entlassung nach 5 Wochen in ambulante Behandlung mit gut granulierender Wunde.

Histologisch: Unspezifisch-eitrige Entzündung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

59.

O. K. 30 J. Chauffeur.

Vorgeschichte: Vor 8 Jahren Spaltung eines Mastdarmabscesses. Seit 3 Monaten zeitweise Schmerzen an der rechten Gesäßseite. Seit letzter Nacht unerträgliche Schmerzen.

Befund: Glutäalgegend stark gerötet und druckempfindlich. An der Hautschleimhautgrenze sieht man in diesem geröteten Bezirk eine Fistelöffnung. Mit der Sonde gelangt man ca. 4 cm tief in Richtung auf das Steißbein. Keine Verbindung zum Rectum. Auf Druck quillt blutiger Eiter hervor.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung der Fistel auf Hohlsonde. Es besteht scheinbar keine Verbindung zum Rectum. Trotzdem Spaltung bis durch ins Rectum. Es zeigt sich auch nun keine Verbindung. Jodoformgazetamponade.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 9 Tagen in ambulante Behandlung.

Histologisch: Eitrig-chron. Entzündung. Keine Tbc.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

60.

E. G. 26 J. stud. med.

Vorgeschichte: Vor Jahren eine Fußgelenkstbc. gehabt.

Vor 1/2 Jahr am Vorderdamm haselnußgroßer Knoten, der langsam größer wurde. Nach 4 Monaten bildete sich eine Fistel ca. 4 cm links vom Anus, aus der sich Eiter und seröse Flüssigkeit entleerte.

Befund: Links vom After Fistelöffnung. Sonde geht schräg nach hinten oben. Keine Verbindung zum Darm.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung auf Sonde. Excision des Fistelganges. Tamponade.

Entlassung nach 8 Tagen mit fast geschlossener reizloser Wunde in poliklinische Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

61.

A. K. 30 J. Arbeiterfrau.

Vorgeschichte: Seit 2 Jahren krank. Pat. hat eine Fistel, die wahrscheinlich nach einem Absceß entstanden ist. Vor 1 Jahr Operation der Fistel. Dieselbe hat sich aber bis jetzt nicht geschlossen.

Befund: In Analgegend eine kleine Fistelöffnung, die druckempfindlich ist.

Operation: (Sakralanästh.) Die Sonde geht in Richtung auf die Schleimhaut außerhalb vom Sphinct. und nicht bis ins Rectum. Derbe Schwielen am Analring von früheren Operationen. Incision. Eröffnung einer haselnußgroßen Höhle, die von Granulationsgewebe ausgekleidet ist. Excochleation. Tamponade. Stopfrohr.

Histologisch: Chron.-eitrige Entzündung.

Entlassung nach 11 Tagen mit gut granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

62.

E. K. 33 J. Magistratsangestellter.

Vorgeschichte: Seit 1 Jahr Schmerzen und Jucken in der Analgegend. Häufig Blut im Stuhl beobachtet.

Befund: Auf der rechten Seite ca 2 cm vom After und lateral, innerhalb einer etwa pfenniggroßen Schwellung eine Öffnung, aus der sich auf Druck Flüssigkeit entleert.

Rectale Untersuchung ergibt Knoten und Druckschmerzhaftigkeit.

Operation: Einführung der Hohlsonde, die nicht tief dringt und subcutan liegt Spaltung und Excochleation des Granulationsgewebes. Es findet sich noch ein kleiner Gang in eine 2. Granulationshöhle. Ebenfalls Spaltung. Excochleation. Tamponade.

Entlassung nach 11 Tagen mit stark verkleinerter Wunde in ambulante Behandlung.

Histologisch: Chronisch-schwielenbildende Entzündung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfisteln.

63.

L. N. 36 J. Händlerfrau.

Vorgeschichte: Vor ½ Jahr starke Schmerzen. Es entstand eine Fistel. Operation ohne Erfolg.

Befund: Etwa 6 cm neben dem After findet sich eine Fistelöffnung, aus der sich seröses Exsudat entleert. Mit der Sonde gelangt man ca. 6 cm tief zum After hin. Keine Verbindung zum Darm. Nach der Lage der Sonde verläuft die Fistel innerhalb des Sphinct.

Rectal: o. B.

Operation: (Sakralanästh.) Sondierung ergibt, daß die Fistel innerhalb vom Sphinct. verläuft. Durchstoßen ins Rectum und Spaltung. Tamponade.

Entlassung nach 13 Tagen mit oberflächlicher Wunde in ambulante Behandlung.

Wiederaufnahme: nach 1 Jahr.

Befund: Fingerkuppengroße Fisteltasche links vom After. Sphinctertonus etwas schwach.

Operation: (Allgemeine Narkose) Sphincterdehnung. Fistelgrund teils morsch, teils schwielig. Sondierung ergibt keine Kommunikation zum Darm. Spaltung bis tief in den Anus. Excochleation der Granulationen. Excision von Schwielengewebe. Sphinct. Schonung. Tamponade Analdrain.

Histologisch: Epitheloid- und Riesenzellen in eitrigem Granulationsgewebe. Tuberkelformationen. Sichere Tbc.

Langwieriger Heilverlauf. Entlassung nach 24 Tagen mit langsam granulierender Wunde in poliklinische Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

64.

A. W. 42. J. Professor.

Vorgeschichte: Seit ½ Jahr rings um den After Anschwellung. Danach entstand eine Fistel. Gelegentlich reichlich Sekretion.

Befund: 2 Querfinger nach außen vom After auf der linken Seite eine Fistelöffnung. Bei Sondierung dieser Fistel kommt man neben dem After und Rectum ca. 8—10 cm nach oben. Eine Mündung in den Darm ist nicht festzustellen.

Operation: (Umspritzungsanästh.) Spaltung der Fistel bis tief ins Gewebe darunter. Kein Anhalt für Tbc. Tamponade.

Entlassung nach 7 Tagen in ambulante Behandlung. Wunde granuliert gut.

Wiederaufnahme nach 1 Jahr. Die Fistel hat sich nicht geschlossen und dauernd geeitert.

Befund: Inmitten einer starken Einziehung links Fistelöffnung.

Operation: Der ca. 6 cm lange Gang wird excidiert, sowie das umgebende Schwielengewebe. Keine Verbindung zum Mastdarm.

Entlassung nach 15 Tagen mit noch bestehender Fistel, die auch noch sezerniert.

Histologisch: Dickes Schwielengewebe mit Lagunen von fremdkörperriesenzellhaltigen alten unspezifischen Granulationen. Kein Anhalt für Tbc.

Diagnose: incompl. intrasphinct Analfistel.

65.

A. B. 60 J. Faktor.

Vorgeschichte: Vor 4 Wochen links vom Anus Abceß, der nach 1 Woche perforierte. Seit dieser Zeit Näßen in der Analgegend.

Befund: Links vom Anus Infiltrat. Über diesem eine weißliche Einziehung mit derb infiltrierten Rändern Keine Fistelöffnung zu finden.

Rectal: o. B.

Therapie: Nach feuchten Umschlägen geht das Infiltrat zurück und nun läßt sich eine Fistel feststellen. Sonde dringt ca. 2½ cm tief, aber nicht ins Rectum hinein.

Operation: (örtliche Umspritzung) Sonde wird ins Rectum durchgestoßen. Spaltung. Excochleation. Tamponade.

Histologisch: unspezifisch. Granulationsgewebe. Viel Plasmazellen. Mäßige Leuco.

Entlassung nach 8 Tagen in ambulante Behandlung. Wunde sieht gut aus.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

66.

E. B. 43 J. Bankbeamter.

Vorgeschichte: Seit ca. 8 Tagen Schmerzen in der Analgegend. Es haben sich 2 Fisteln gebildet, aus denen ständig Schleim entleert wird.

Befund: Am oberen Analrand 2 kleine Fistelöffnungen. Auf Druck gelblicher Schleim. Mit Sonde gelangt man schräg nach oben etwa 4 cm, aber nicht in den Darm hinein.

Operation: Spaltung auf Hohlsonde. Cauterisation der Hämorrh.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 18 Tagen in hausärztliche Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfisteln.

67.

A. Sch. 44 J. Melkerfrau.

Vorgeschichte: Seit ca. 5 Jahren leidet Pat. an knotiger Geschwulst in Aftergegend, die zeitweise größer wurde und dann wieder abschwoll.

Befund: Dicht neben der Analöffnung fühlt man unter der Haut ein gut abgrenzbares, ca. erbsengroßes, etwas druckempfindliches Knötchen. Haut darüber ist intakt.

Operation: (Sakralanästh.) Excision des erbsgroßen Tumors. Ein Fistelgang wird festgestellt und gespalten

Histologisch: Chronisch-unspezifische Entzündung.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 12 Tagen mit oberflächlicher Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Fistel.

68.

E. P. 25. J. Gerichtsreferendar.

Vorgeschichte: Vor ca. 1 Jahr periproktitischer Absceß, der aufbrach. Seit dieser Zeit Nässen in der Aftergegend.

Befund: Am Anus links kleine Fistelöffnung. Auf Druck schmieriger, gelber Eiter. Die Sonde geht ca. 2 cm tief, aber nicht in den Darm hinein.

Operation: (Umspritzung nach Reclus) Einführung einer Hohlsonde und Durchstoßen. Es handelt sich um eine äußere incompl. Mastdarmfistel. Spaltung. Es zeigt sich derbes Schwielengewebe. Wandung mit schmierigen Granulationen belegt. Auskratzung mit scharfem Löffel.

Histologisch: Untersuchung: Tuberkulöses Schwielengewebe mit Riesenzellen.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 10 Tagen mit sauberer und gut granulierender Wunde nach Hause.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

69.

F. G. 32 J. Müller.

Vorgeschichte: Vor 1 Jahr periproktischer Absceß. Schon seit 2 Jahren vorher bestand eine Fistel. Ständig Eiterentleerung, aber nie Kot.

Befund: Links schräg unterhalb des Afters etwa 2,5 cm von ihm entfernt findet sich eine erbsengroße, rötliche Verwölbung, die 2 Fistelöffnungen trägt und auf leichten Druck etwas Eiter entleert.

Rectal: Innere Öffnung nicht sichtbar.

Operation: (Sakralanästh.) Fistel läßt sich auch jetzt zunächst nur 2 cm tief in Richtung auf den Anus verfolgen. Innere Öffnung doch im untersten Ende des Mastdarms vorhanden. Es entleert sich auch hier auf Druck etwas Eiter. Unter Umgehung des Sphinct. Durchschieben einer Sonde und Spaltung. Es findet sich ein großer Fistelgang, dessen Wand exstirpiert wird.

Entlassung nach 14 Tagen mit mäßig sezernierender und gut granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Fistel.

70.

F. R. 21 J. Hausangestellte.

Vorgeschichte: Vor 4 Monaten links vom Anus kleine Blase, die nach Absonderung von etwas eitrigem Sekret verschwand.

Befund: In der Analgegend links befindet sich eine stecknadelkopfgroße Öffnung, Sondierung gelingt ca. 1,5 cm tief.

Operation: (Sakralanästh.) Sphincterdehnung. Excision der Fistel. Hautnaht.

Entlassung nach 9 Tagen mit p. p. geheilter Wunde.

Histologisch: Chronisch-unspezifische Entzündung. Nichts spricht für Tbc.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

71.

A. N. 49 J. Oberpostinspektor.

Vorgeschichte: Seit Monaten Beschmutzung der Wäsche durch eine Mastdarmfistel. Beiderseits offene Lungentbc.

Befund: Links vom Mastdarm Fistelöffnung, die von blassen Granulationen umgeben ist. Sonde gelangt ca. 4 cm tief in Richtung auf den Mastdarm, aber nicht hinein.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung. Man gelangt in eine walnußgroße Höhle, die mit bräunlich blaßem Granulationsgewebe ausgekleidet ist. Es besteht eine kurze ca. 2 cm lange fistulöse Verbindung zum Rectum. Spaltung auch dieses Ganges. Excochleation des Granulationsgewebes. Verschorfung mit Thermocauter. Naht der Rectalschleimhaut. Jodoformgazetamponade. Einige Hautnähte.

Entlassung nach 18 Tagen mit nur noch oberflächlicher Wunde.

Diagnose: compl. intrasphinct. Fistel.

72.

A. M. 33 J. Direktorsfrau.

Vorgeschichte: Vor 1½ Jahren Absceß am After. Nach Eröffnung desselben keine vollständige Heilung. Einmalige Auskratzung blieb ebenfalls ohne Erfolg.

Befund: Rechts von der Afteröffnung derbes Hautinfiltrat. In dessen Bereich eine Fistelöffnung. Nach dem Steißbein zu eine handtellergroße, entzündliche Hautrötung und Schwellung.

Digital: Rechts Rectumwand etwas infiltriert, leichte äußere Hämorrhoidalknoten.

Operation: (Allgemeine Narkose). Von der Fistelöffnung gelangt man mit Sonde bis unter Analschleimhaut. Die Sonde wird bis in die äußere Rectalschleimhaut durchgestoßen und die Brücke gespalten. Sphinct. bleibt unberührt. Von der äußeren Fistelöffnung geht noch ein 2. Gang zu einem subcutanen Absceß der Steißbeingegend. Auskratzung. Drainage. Tamponade.

Histologisch: Chron.-unspezifische Entzündung.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 25 Tagen in hausärztliche Behandlung auf eigenen Wunsch. Kaum noch markstückgroßer Defekt an Operationsstelle.

Wiederaufnahme nach ½ Jahr.

Befund: Neue Fistel im Bereich der alten Narbe. Erbsengroße Granulationsfläche mit unterminierten Rändern. Die ganze Gegend ist entzündlich geschwollen und gerötet.

Operation: (Narkose). Ausgedehnte Spaltung. Exstirpation Sphinct. wird geschont.

Entlassung nach 2 Monaten als vollkommen geheilt.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

73.

E. Z. 33 J. Bäckermeister.

Vorgeschichte: Seit ca. 10 Wochen Geschwulst rechts vom Anus.

Befund: An der vorderen Commissur rechts kleine linsengroße Geschwulst. In deren Mitte stecknadelkopfgroße Öffnung.

Digital: Untersuchung ergibt derbe Infiltration der Rectumwand. Wahrscheinlich Zusammengang zur äußeren Geschwulst.

Operation: (Sakralanästh.) Sondierung ergibt, daß es sich

um eine compl. Fistel handelt. Vorsichtige Spaltung auf Hohlsonde. Excochleation des ganzen Ganges. Der Gang führt in eine ca. erbsengroße Höhle. Situationsnähte. Stopfrohr. Jodoformgazetamponade.

Histologisch: Keine Tbc.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 6 Tagen in hausärztliche Behandlung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

74.

E. K. 43 J. Haustochter.

Vorgeschichte: Früher Tbc. Pulm., angeblich ausgeheilt. Seit einigen Monaten Fistel in Nähe des Afters, welche stark eitert.

Befund: Fingerbreit vom After und nach rechts vorn ist eine Fistelöffnung, von der aus die Sonde etwa 1 1/2 cm in die Tiefe führt.

Operation: (Sakral- und Umspritzungsanästh.) Sondierung Querschnitt und Excision der ganzen Fistel. Eine Mündung in den Mastdarm ist nicht nachweisbar.

Histologisch: Es findet sich tuberkulöses Granulationsgewebe.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

75.

E. A. 25 J. Arbeiter.

Vorgeschichte: Vor 8 Wochen und jetzt erneut vor 14 Tagen periproktitische Abscesse.

Befund: Oberhalb des Afters rechts, markstückgroße geschwollene Hautpartie. In deren Mitte schmieriger Hautdefekt. Am After selbst am rechten oberen Quadranten eine kleine Öffnung, die auf Druck blutig eitriges Sekret entleert. Sondierung gelingt ca 2 cm tief. Kanal führt bis zur Rectalschleimhaut.

Operation: (Sakralanästh.) Durchstoßen der Hohlsonde und Spaltung der Brücke Excochleation von Fistelganggranulationsgewebe.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 10 Tagen mit stark verkleinerter, kaum sezernierender Wunde in hausärztliche Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

76.

K. Sch. 29 J. Oberzollsekretär.

Vorgeschichte: Vor 8 Jahren Abceß am After, der ope-

riert wurde. Seit einigen Monaten Beschwerden am After. Es entstand eine Geschwulst, die schließlich aufbrach und eine Fistel hinterließ.

Befund: Rechts neben dem After kleine eingezogene Narbe mit Epitheldefekt und geröteter Umgebung. Sondierung führt in einen ca. 4 cm langen Gang unter Haut und Schleimhaut nach oben und dicht unterhalb des Sphinct. Endet blind.

Operation: (Sakralanästh.) Bogenförmiger Schnitt konkav zum After durch die Fistel. Von der Mitte des Schnittes kurze Querincisionen in Richtung auf den Anus. Nun Dehnung des Afters und vorsichtiges stückweises Ablösen des Fistelganges in die Fossa-Ischiorectalis hinein. Fistel leitet in eine fingerdicke, mit Granulationsgewebe ausgekleidete Höhle von mehreren cm Länge hinein. Entfernung von reichlich Schwielengewebe. Naht: Soll Rectumwand mitsamt Sphincteren in feste Berührung mit beckenwärts gelegener Wand bringen. Einstich von lateral bis zur Spitze des Spaltraums, dann horizontal zurück unter Mitfassen der Sphincteren und neben dem Einstich wieder heraus. Auf diese Art 2 Nähte, werden über Tupfern geknotet.

Heilungsverlauf normal. Nur läßt der Sphinctertonus zu wünschen übrig.

Histologisch: Keine Tbc. Pat. hat sich mehrfach vorgestellt. Es ist eine vollständige Heilung eingetreten.

Diagnose: incompl. extrasphinct. Analfistel.

77.

K. D. 21 J. Schlosser.

Vorgeschichte: Im vorigen Jahr Nässen und Brennen in Aftergegend. Es soll eine Tbc. Pulm. festgestellt sein

Befund: Bei Sphincterdehnung sieht man ½ cm oberhalb des Anus eine ca. erbsengroße Fistelöffnung, aus der sich schleimig, eitriges Sekret entleert. Sonde dringt etwa 3 cm tief ein und ist unter der Rectalschleimhaut fühlbar.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung auf Hohlsonde. Excision. Stopfrohr. Verband.

Histologische Untersuchung: Nichts spricht für Tbc.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 7 Tagen in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

78.

O. Sch. 30 J. Schlosser.

Vorgeschichte: Vor 1 Jahr periproktitischer Absceß. Anschließend Fistelbildung.

Befund: Links vom Anus linsengroße gerötete Stelle. Am inneren Rand liegt eine kleine Fistelöffnung. Leichte Rötung und Sekretion.

Operation: (Sakralanästh.) Fistel wird sondiert. Keine Verbindung zum Rectum. Auskratzung von Granulationsgewebe.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 8 Tagen als geheilt.

Diagnose: incompl. intrassphinct. Analfistel.

79.

E. K. 28 J. Blumenbinderin.

Vorgeschichte: Vor 7 Jahren Absceß in der Analgegend. Heilte ab. Vor 2 Monaten Schmerzen beim Sitzen in linker Gesäßhälfte. Es wurde incidiert. Wunde seitdem nicht geheilt.

Befund: 2 Querfinger links vom Analring eine 3 cm lange Spaltwunde mit schlaffer Granulation und geringer Eiterung.

Rectal: o. B.

Operation: (Allgemeine Narkose) Sonden- und Fingeruntersuchung ergibt, daß die Fistel pararectal bis zum unteren Schambeinast hinauf reicht. Periost nicht verdickt.

Diagnose: Hohe ischiorectale Fistel oder Schambeinosteomyelitis. Rectal und vaginal o. B. Radikale Auskratzung und hohes Drain.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc. 2 mal untersucht. Keine Heilung. Nach 9 Tagen erneute Op.

Operation: (Allgemeine Narkose) Bogenförmiger Schnitt von etwa 15 cm Länge nach links außen vom Anus, der Fistel folgend wird bis in die Gegend des oberen Schambeinastes heraufgearbeitet. Incision von oben her an der inneren Seite des inneren Schambeinastes, am oberen Schambeinast innerhalb der Symphyse umschriebenen haselnußgroße, rauhe Stelle, wo Granulationsgewebe abgekratzt werden kann. Keine Beziehung zu Blase und Rectum. Drain durch den ganzen Wundraum. Tamponstreifen.

Röntgen: Verdächtige aber nicht sichere Knochenherde.

Entlassung nach 5 Wochen mit oberflächlich granulierender Wunde. Pat. wird darauf aufmerksam gemacht, daß evtl. eine Fistel zurückbleibt. Erneuter Eintritt dann empfohlen.

Diagnose: incompl. extrasphinct. Analfistel.

80.

A. M. 55 J. Rangierer.

Vorgeschichte: Vor ca. 1 Jahr Absceß, welcher spontan aufging und eine Fistel hinterließ.

Befund: An rechter Circumferenz des Afters etwas nach unten

zu liegt eine Fistelöffnung. Bei Sondierung sieht man, daß es sich um eine incompl. äußere Fistel handelt, die anscheinend intrasphinct. liegt.

Operation: (Sakralanästh.) Sonde wird eingeführt und außerhalb des Afters durchgestoßen. Spaltung. Tampon.

Entlassung nach 8 Tagen mit gut granulierender Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

81.

W. G. 39 J. Wachtmeister.

Vorgeschichte: Vor ca. ½ Jahr Absceß am After, der nach 7 Tagen abheilte. Danach Brennen und Jucken.

Befund: An rechter Circumferenz ca. 2 cm vom äußeren Analring liegt ein länglicher roter ca. 1 cm langer und ½ cm breiter Hautdefekt. In der Mitte desselben eine Fistelöffnung, die sich ca. 2 cm tief sondieren läßt und blind endet.

Operation: (Sakralanästh.) Durchstoßen einer Sonde ins Rectum. Spaltung. Fistel liegt intrasphinct. Tampon. Salbenrohr.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 10 Tagen als geheilt.

Diagnose: intrasphinct. incompl. Analfistel.

82.

H. A. 59 J. Justizsekretär.

Vorgeschichte: Seit 1 Jahr Stuhlbeschwerden. Brennen und Nässen in der Aftergegend. Seit ca. 4 Wochen akute Verschlimmerung des Zustandes.

Befund: Bei digitaler Untersuchung an vorderer Commissur strangartige Verdickung. Keine Fistel zu finden.

Operation: (Sakralanästh.) An vorderer Commissur findet sich nun doch eine Fistelöffnung. Es handelt sich um einen submucösen Fistelgang. Excision in toto. Stopfrohr.

Histologisch: große Bluträume, spärlich Entzündung.

Entlassung nach 8 Tagen als geheilt.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

83.

B. G. 21 J. cand. med.

Vorgeschichte: Pat. klagte schon mehrere Jahre über Juckreiz und Schmerzen in der Aftergegend. Im vorigen Jahr wegen Hämorrh. in Heidelberg op. Seit 2 Tagen hat er erhebliche Schmerzen.

Befund: Rectalschleimhaut mäßig prolabiert. In der linken

Seite des Rectums befindet sich ein taubeneigroßer Absceß mit Fistelgang nach außen. Die Stelle ist stark druckempfindlich. Unterhalb des Abscesses sind 2 kleine Fistelgänge vorhanden. Der Sphinct. externus ist locker und sehr dehnbar. Der Absceß hat sich scheinbar geöffnet. Er ist bereits reizlos und am Verheilen.

Operation: (Sakralanästh.) Öffnung der Fistel und Verschorfung der Fissur.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 5 Tagen als geheilt.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfisteln.

84.

K. B. 41 J. Händler.

Vorgeschichte: Seit Monaten Beschwerden beim Stuhlgang.

Befund: Auf der linken Seite ca. 5 cm vom After erbsenförmige Erhebung der Haut, oberflächlich. Rectal ca. 1 cm vom Analring ebenfalls eine Verdickung in der Schleimhaut. Auf Druck Eiterentleerung.

Operation: (Sakralanästh.) Einschieben einer Hohlsonde, die im Rectum wieder zum Vorschein kommt. Spaltung der darüber liegenden Hautschleimhautbrücke.

Histologisch: Keine Tbc.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 12 Tagen als geheilt.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

85.

F. G. 71 J. Landwirt.

Vorgeschichte: Vor 1 Jahr bildete sich in Anusnähe ein Absceß, welcher incidiert wurde, aber nicht ausheilte und ständig blutig-eitriges Sekret entleerte. Seit einigen Wochen stärkere Beschwerden.

Befund: In ca. 8 cm Entfernung neben dem Anus rechts dunkelblau, rote Vorwölbung, die sehr empfindlich ist. In der Mitte ein kleines Loch. Auf Druck entleert sich Eiter. Zwischen diesem und dem Anus eine Wunde mit aufgeworfenen Rändern. Sonde stellt zwischen beiden Verbindung her.

Operation: (Lokalanästh.) Wegen des Alters wird von einer Sakralanästh. abgesehen. Durchstecken der Sonde und Spaltung der Hautbrücke. Auskratzung. Tamponade. Stopfrohr.

Entlassung auf eigenen Wunsch und Verantwortung. Keine Heilung.

Wiederaufnahme nach 4 Monaten.

Befund: An der früheren Fistelstelle sieht man im narbigen Gewebe eine neue Fistelöffnung. Auf Druck eitriges Sekret.

Operation: (Lokalanästh.) Sonde wird eingeführt und durch die Schleimhaut gestoßen. Auskratzung bis zur Darmwand. Tamponade. Jodoformgaze. Stopfrohr.

Histologisch: Einwandfreie Tbc. Pat. verläßt nach 10 Tagen eigenmächtig die Klinik. Die Wunde war noch ca. 3—4 cm tief und sezernierte stark.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

86.

K. S. 50 J. Rentierfrau.

Vorgeschichte: Sehr nervös. Vor 1 Jahr kleine Knotenbildung am Anus, die zeitweise verging. Vor ½ Jahr erneut kleiner Absceß am After, der aufging und nun dauernd eiterte.

Befund: wie oben.

Operation: (Lokalanästh.) Incision in den Knoten. Es handelt sich um einen gelblichen granulationsartigen Herd. Excision desselben und noch eines 2. ca. kirschkerngroßen Knotens. Analhautbrücke bleibt bestehen. Es besteht eine Fistel, die extrasphinct. liegt. Naht der Schleimhaut. Opium. Kein Drain. Nach 9 Tagen Revision der Wunde. Erneut Feststellung der Fistel. Nun Spaltung der Hautbrücke. Schleimhaut ziemlich weit zurückgezogen. Wird mit einigen Nähten an äußere Haut vorgeholt. Drain.

Histologisch: Keine Tbc.

Entlassung nach 16 Tagen in hausärztliche Behandlung. Befinden gut. Wunde in langsamer Heilung.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

87.

J. W. 55 J. Zimmermann.

Vorgeschichte: Vor 1½ Jahren links vom Anus Schwellung, die beim Radfahren sehr schmerzhaft war. Vor 1½ Jahren erneut Anschwellung, auf Incision Eiter. Da keine Heilungstendenz, hierher in die Klinik überwiesen.

Befund: Links vom Anus ca. pflaumengroßer Defekt mit unscharfem Rand. Sonde geht ca. 4 cm tief.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung der Fistel, die kurz vor dem Sphinct. endet. Tamponade. Jodoformgaze.

Histologisch: Einwandfreie Tbc.

Entlassung nach 12 Tagen. Wunde sauber.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

88.

W. E. 25 J. Vikar.

Vorgeschichte: Seit ca. 1/2 Jahr Schmerzen in der Steißbeingegend. Nach einiger Zeit auf Druck Eiterentleerung aus einer Stelle hinten.

Befund: Links neben der hinteren Commissur große, granulierende Wunde. Blutig eitrige Absonderung. Sonde geht ca. 4 cm tief.

Operation: Spaltung auf Sonde bis in den Darm. Tampon.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc.

Entlassung nach 8 Tagen in hausärztliche Behandlung. Gute Heilungstendenz. Pat. stellt sich nach 3 Wochen erneut vor. Hat keine Fistel mehr.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

89.

H. K. 26 J. stud. theol.

Vorgeschichte: Vor 6 Jahren wegen Darmfistel op. Vor 1/2 Jahr wundgelaufen. Es trat erneut eine Fistel auf.

Befund: Kleine gerötete Stelle 2 1/2 Querfinger vom Analring.

Operation: (Sakralanästh.) Sonde geht nicht hinter den Sphinct. Spaltung und Excision der Fistel. Auskratzung. Situationsnähte. Stopfgaze.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 8 Tagen in poliklinische Behandlung.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

90.

A. A. 31 J. Versorgungsanwärter.

Vorgeschichte: Seit 1/2 Jahr Schmerzen am Damm. Heilung nach Salbenverbänden. Seit 2 Monaten erneute Sekretion.

Befund: Wunde gerötete Stelle von ca. 1 cm Durchmesser, in der Mitte etwas erhaben, 2 1/2 Querfinger vom Analring entfernt, schräg nach vorne unten.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung auf Sonde und Exstirpation des Fistelganges. Nähte. Tamponade.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc.

Entlassung nach 7 Tagen. Wohlbefinden.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

91.

M. Sch. 36 J. Schuhmacherfrau.

Vorgeschichte: Vor 18 Jahren eine Darmfistel gehabt und bereits behandelt worden. Vor 1 Jahr beim Radfahren gestürzt. Steißbein gedrückt. Es schmerzte eine Zeit lang. Seit 3 Monaten heftige Schmerzen beim Radfahren. Vor 1 Monat bemerkte Pat. Eitersekretion in Analgegend. Mutter an Tbc. gestorben.

Befund: 3 Querfinger rechts vom Anus eine eitrige Fistelöffnung. Sonde extrasphinct. nach analwärts.

Rectal: o. B.

Operation: (Narkose) Bogenförmiger Schnitt ins infiltrierte perineale Gewebe. Fistel geht extrasphinct. 5 cm in die Tiefe. Auskratzung. Drain. Tamponade.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc.

Heilverlauf: wird durch Auftreten einer Parulis mit Fieber und Perforation kompliziert.

Etlassung nach 4 Wochen in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl., extrasphinct. Analfistel,

92.

M. K. 39 J. Witwe.

Vorgeschichte: Vor 1 Jahr Absceß am After. Seitdem eine eiternde Stelle.

Befund: An linker Gesäßhälfte nahe Analring eine kleine Fistelöffnung. Auf Druck wenig Eiter. Sonde dringt ca. 3 cm tief, aber nicht ins Darmlumen.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung auf Hohlsonde. Auskratzung der grau-schwammigen Granulationen. Tamponade. Stopfrohr. Opium.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 9 Tagen mit reizloser Wunde in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

93.

R. B. 49 J. Hauptlehrer.

Vorgeschichte: Vor einigen Jahren periproktitischer Absceß. Im Anschluß daran trat eine Fistel auf.

Befund: ca. 2 cm links vom Anus eitrig sezernierende Fistelöffnung. Sonde gelangt hoch hinauf, liegt aber vor dem Sphinct. und geht nicht in den Darm.

Operation: (Lokalanästh. nach Reclus) 3 schrägliegende Schnitte. Fistelöffnung liegt an der Kreuzungsstelle. Von diesem

Schnitt aus wird der Fistelgang bis an den Darm hinauf verfolgt und mitsamt Schwielenmassen excidiert. Tamponade. Stopfrohr.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc.

Langwieriger Heilverlauf: Wunde verkleinert sich nur langsam. Entlassung nach 26 Tagen in ambulante Behandlung mit kleiner granulierender Wunde an Hautschleimhautgrenze.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

94.

P. M. 31 J. Sektionsdiener.

Vorgeschichte: Vor 14 Tagen periproktitischer Absceß. Unter Pflastern und warmen Bädern öffnete er sich, aber verheilte nicht.

Befund: An linker Circumferenz des Anus nach oben zu befindet sich eine Fistelöffnung. Auf Druck entleert sich trübseröse Flüssigkeit. Sonde dringt ca. 2—3 cm tief.

Operation: (Sakralanästh.) Fistel hat keine Beziehung zum Rectum. Spaltung der vor dem Sphinct. liegenden Fistel auf Hohlsonde. Salbenstopfrohr, Opium.

Entlassung nach 6 Tagen in hausärztliche Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfisteln.

95.

Q. W. 46 J. Uhrmacher.

Vorgeschichte: Vor 9 Jahren Hämorrh. Operation ohne Erfolg. Vor 3 Jahren Hämorrh. Operation mit Erfolg. Vor ca. 6 Monaten bildete sich am After eine Blase, welche platzte und viel blutigen Eiter entleerte. Die Wunde schloß sich nicht mehr. Es entleerte sich immer Eiter. Beim Stuhlgang heftige Schmerzen.

Befund: Auf der rechten Seite der Circumferenz des Anus kirschkerngroße, gelblich rötliche Erhebung. Mit der Sonde gelangt man ca. 2 cm tief in einen oberflächlichen Gang, der vor dem Sphinct. liegt.

Operation: (Sakralanästh.) Spincterdehnung. Fistelsondierung. Incision auf Hohlsonde. Es zeigt sich, daß die Fistel ganz oberflächlich liegt. Verschiedene Krypten werden ebenfalls eröffnet und ausgekratzt. Salbenstopfrohr. Jodoformgazetamponade.

Entlassung nach 7 Tagen mit gut granulierender Wunde ins Gefängnis.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

96.

T. W. 35 J. Melker.

Vorgeschichte: Vor 1 Monat Knötchen am After, welches sehr schmerzhaft war. Nach erfolgloser interner Behandlung wurde eine Auskratzung gemacht.

Befund: Am Anus links ca. 1 cm davon eine Fistelöffnung. Sonde dringt ca. 2 cm tief und kommt am Frenulum zum Vorschein.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung. Auf Hohlsonde bis ins Darmlumen hinein. Auskratzung mit scharfem Löffel. Tamponade. Drain.

Entlassung nach 10 Tagen als geheilt.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

97.

M. R. 29 J. Schmiedfrau.

Vorgeschichte: Vor 1 1/2 Jahren Knoten am After mit großen Schmerzen. Arzt stellt einen Hämorrh.-Knoten fest. Vor 1 Jahr brach der Knoten auf. Es entleert sich Blut und Eiter. Danach resistiert eine Fistel, die eine bräunliche Flüssigkeit sezernierte.

Rectal: Etwa 1/2 Finger hoch Verhärtungen in der Schleimhaut, die an linker Mastdarmwand mehr zur hinteren Commissur liegen. Auf Druck von innen entleert sich bräunliches Sekret aus der äußeren Fistelöffnung. Sonde dringt ca. 4 cm tief, ist rectal in Höhe der Verhärtung fühlbar.

Operation: (Sakralanästh.) Radiärer Schnitt über Fistelgang auf eingeführter Sonde. Der Gang endet blind im Narbengewebe dicht oberhalb des Sphinct. Excision. Die tiefe Wundhöhle wird durch 2 tiefgreifende Nähte geschlossen, indem die äußeren Wundränder in den Wundgrund genäht werden. 2 Situationsnähte.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc.
Entfernung der durchgreifenden Nähte nach 4 Wochen. Nach 1 weiteren Woche Entlassung. Wunde ganz oberflächlich. Noch nicht überhäutet.

Diagnose: incompl. extrasphinct. Analfistel.

98.

L. K. 35 J. Lokomotivführerfrau.

Vorgeschichte: 1 Schwester an Tbc. gestorben. Vor 3 Monaten Fistel in der Analgegend. Wurde incidiert. Wunde bis jetzt nicht geheilt. Sezerniert ständig.

Befund: Links vom Anus in 1 cm Entfernung von Schleimhautgrenze: klaffende, linsenförmige Fistelöffnung. Die Sonde ge-

langt nach verschiedenen Richtungen dicht an die Schleimhaut heran. Im Sputum keine Tbc.-Bazillen.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung mit elektrischem Messer. Eröffnung von 2 bleistiftdicken Fistelgängen vor und hinter dem Anus. Keine Verbindung zum Rectum. Exstirpation der Gänge. Jodoformgazetamponade. Seidennähte. Entfernung eines Hämorrh.-Knotens.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 17 Tagen in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfisteln.

99.

W. P. 25 J. Friseur.

Vorgeschichte: Seit 1 Jahr geringes Brennen in linker Gesäßhälfte. Es bildete sich dort eine kleine ca. erbsengroße Öffnung, die dauernd Eiter sezerniert.

Befund: 3 Querfinger vom Anus auf der linken Seite eine linsengroße Öffnung, umgeben von schmalem, lividen, nicht druckempfindlichen Hof. Sonde dringt ca. $1\frac{1}{2}$ cm tief. Keine Verbindung zum Rectum.

Röntgenaufnahme: (gefüllte Fistel). Aufnahme zeigt, daß die Fistel dicht ans Rectum geht.

Operation: (Sakralanästh.) Spaltung auf Sonde. Ausschneiden des ganzen Narbengewebes. 3 Nähte werden einseitig gelegt und dienen nur zur Einengung des Wundbettes. Werden über Tupfern geknüpft. Darmrohr. Tamponade.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc.

Glatter Heilverlauf. Entlassung nach 14 Tagen in ambulante Behandlung.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

100.

M. H. 32 J. Händlerfrau.

Vorgeschichte: Vor 3 Monaten Absceß am After, der incidiert wurde. Es blieb eine Fistel zurück.

Befund: Auf der linken Seite des Anus eine Narbe. In einer weiteren Narbe auf der rechten Seite eine Fistelöffnung. Auf Druck entleert sich Eiter. Eingeführte Sonde gelangt hoch hinauf. Keine Kommunikation zum Darm.

Operation: (Sakralanästh.) Circulärer Schnitt unterhalb des Anus. Ausräumen des gesamten Fistelganges. Er verläuft unterhalb des Sphinct. und mündet ins Darmlumen. Danach wird die

Einmündungsstelle in den Darm dreieckig umschnitten. (Basis an Analring) und excidiert Mobilisation der karanialwärts gelegenen Haut und Vorziehen zum Anus und Annähen. (wie bei Whitehead'scher Operation.) Einseitige Nähte zur Verengerung des Wundbettes und Knüpfung über Tupfern. Salbenverband.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc. Nach 9 Tagen ist ein Faden durchgeschnitten, der 2. lose. Entlassung nach weiteren 12 Tagen als geheilt.

Diagnose: compl. intrasphinct. Analfistel.

101.

O. N. 27 J. Arzt.

Vorgeschichte: Vor $1^1/_2$ Jahren paranaler Absceß. Incision durch den Vater (Chirurg). Später Operation der Fistel. Keine Heilung.

Befund: Äußerlich o. B. Bei leichter Spreitzung ca. 2,3 cm breite, länglich gestellte Granulationsstelle am Übergang der Analhaut in Rectalschleimhaut.

Operation: (Reclus'sche Umspritzung) Sphinct.-Dehnung. Auskratzung der Granulation innerhalb des Analrings. Man gelangt unter die Schleimhaut, die auf eine ca. zehnpfennigstückgroße Fläche unterminiert ist, ohne daß darunter besondere Granulationen festzustellen sind. Längliche Spaltung. Zum Teil Excision.

Histologisch: Kein Anhalt für Tbc

Glatter Heilverlauf: Entlassung nach 2 Wochen als geheilt.

Diagnose: incompl. intrasphinct. Analfistel.

Literatur.

1. Allen und Haskell: Zentralblatt 1935 Nr. 23, S. 1370. Referat „Eine zweizeitige Operation der Analfistel".
2. Backhaus: Zentralblatt 1925 Nr. 20, S. 1087. Eine neue Methode zur Heilung der extrasphincter gelegenen Rectalfistel.
3. Battaglia: Zentralorgan f. Chir., Bd. 72, S. 544. Referat „Die Afterfistel" u. ihre Behandlung mit spezif. stabilisiert. Tbc. Vaccine.
4. Bartholdy: Arch. f. Kln. Chir. 1902 Bd. 66, S. 956. Fistula ani congenita.
5. Baumann und Blond: Zentralblatt f. Chir. 1936 Nr. 49, S. 2927 Referat „Zur Ätiologie u. Therapie der sogen. fist. ani."
6. Beck: Zentralblatt 1912 Nr. 14, S. 496. Referat „Wismutpastenbehandlung der Mastdarmfistel."
7. Bensaude: Zentralblatt 1934 Nr. 2, S. 112. Referat „Die prim. Aktinomycose i. Bereiche v. After u. Mastdarm."
8. Chisholm: Zentralorgan f. Chir. 1933 Bd. 63, S. 284. Referat „Lungentbc. u. Mastdarmfisteln. Klin. path. u. bakteriolog. Studie."
9. Chutro: Zentralblatt 1923 Nr. 44, S. 1653. „Über die Natur der Analfistel."
10. Esmarch: Deutsch. Chir. 1887 Bd. 48, S. 127. „Fisteln des Mastdarms."
11. Fischer: Zentralorgan f. Chir. 1933 Bd. 63, S. 107. Referat „Die Behandlung der Mastdarmfistel."
12. Frey: M. M. W. 1914 Nr. 4, S. 184. „Beitrag z. Frage der Entstehung u. Behandlung d. Fistula ani."
13. Garré: Aus: Lehrbuch der Chirurgie, S. 368. Kap.: „Fistula ani."
14. Götz: Bruns Beiträge 1916 Bd. 99, S. 268. „Kasuistische Beiträge z. Fist. ani."
15. Gordon—Watson, Charles u. Harold Dodd: Zentralorgan f. Chir. Bd. 73, S. 133. Referat „Die Beobachtungen über Afterfisteln in Beziehung zu perinalen intramuskilären Drüsen."
16. Greffrath: Zeitschr. f. Chir. 1887 Bd. 26, S. 18. „Kasuistische Beiträge."
17. Groß: Zentralblatt 1929 Nr. 21, S. 1323. Über d. Häufigkeit d. tuberkulösen Mastdarmfistel."
18. von Hacker: Zentralblatt 1919 Nr. 43, S. 858. „Excision d. ungespalt. Ganges d. ischio-rect. Fistel u. prim. Naht behufs Vermeidung von Inkontinenz."

19. Heidenhain: Berlin. Klin. W. 1876 Nr. 33, S. 478. „Über unblutige Heilung von Fisteln."
20. Heister: Chirurgie 1763. „Von der Fistula ani oder Gesäßfistel."
21. Kaufmann: Zentralorgan f. Chir. Bd. 74, S. 44. Referat „Ambulante Behandlg. bes. d. extrasphinct. Afterfistel."
22. Kirchmeyer: Zentralblatt 1923 Nr. 25, S. 993. „Zur Operation der Mastdarmfistel."
23. Kleinschmidt: Der Chirurg 1929, S. 1257. „Die Operation d. außerhalb d. Sphinct. geleg. Mastdarmfisteln."
24. König: Arch. v. Klin. Chir. Bd. 70, S. 1008. „Über d. Einstülpungsmethode b. d. Op. d. Fist. colli congen. u. d. gelegentl. Anwendung b. einer Mastdarmfistel."
25. Läwen: Bruns Beiträge Bd. 48, S. 444. „Üb. d. äußeren Fisteln b. angeb. Atresia ani s. recti etc".
26. Läwen: Zentralblatt 1935 Nr. 30, S. 1746. „Z. Operation d. incompl. Fisteln d. Fossa ischiorectalis."
27. Martin: Zentralblatt 1935 Nr. 23, S. 1367. Referat „Tuberkulöse Mastdarmfisteln."
28. Matti: Deutsche Zeitschr. f. Chir. Bd. 101, S. 70. „Experimentellchir. Beitrag z. Funktion d. Analsphinct."
29. Meisel: Bruns Beiträge Bd. 28, S. 293. „Über Analfisteln mit epithelialer Auskleidung."
30. Melchior: Bruns Beiträge Bd. 70, S. 745, 1910. Beitrag z. Pathologie und Therapie d. Fistula ani."
31. Melchior: M. M. W. 1910 Nr. 38, S. 1989. „Über d. Gefahren d. forcierten Dehnung d. Sphinct. ani."
32. Melchior: Bruns Beiträge 1917 Bd. 104, S. 436. „Über d. Wirkung d. einmalig. Durchtrenng. d. Aft. Schließm."
33. Melchior: Berlin. Klin. W. 1917 Nr. 26, S. 621. „Über d. Rolle d. Tbc. als Ursache d. Mastdarmfistel."
34. Montagne: Zentralorgan Bd. 55, S. 491. Referat „Eine neue Technik z. Diagn. u. Studium d. Analfistel."
35. Moszkowiez: Arch. f. Klin. Chir. 1920 Bd. 114, S. 107. „Über Proktitis u. Fistula ani."
36. Nordmann: Zentralblatt 1925 Nr. 50, S. 2839. „Zur Behandlung der Proktitis."
37. Peiser: Bruns Beiträge 1928 Bd. 142, S. 272. „Beiträge z. Patholog. u. Therapie d. Periproktitis u. Mastdarmfistel."
38. Petermann: Der Chirurg 1931 Bd. 3, S. 552. „Zur Behandlung der Mastdarmfistel".
39. von Redwitz: Aus Lehrbuch d. Chir. Wullstein-Küttner Bd. I, S. 115. „Die Mastdarmfistel".
40. Rehn: Zentralblatt 1934 Nr. 3, S. 148. „Zur Op. d. Mastdarmfistel u. Schließmuskellähmung".
41. Reichle: Der Chirurg 1935, S. 86 Übersichtsreferat. „Mastdarmchirurgie".

42. Reichle — Tietze: Aus Kirschner — Nordmann Bd. V, S. 755.
43. Ritter: Berl. Klin. W. 1919 Nr. 36. „Zur operat. Behandlg. v. Mastdarmfist., die oberhalb des Sphinct. in den Mastdarm münden".
44. Rotter-Borchard: Aus Handbuch f. Prakt. Chir. v. Garré — Küttner — Lexer, Bd. III Kap. 9, S. 1165. „Fistula ani".
45. Sendler: D. Med. W. 1890 Nr. 14, S. 282.
46. Siebner: Zentralorgan f. Chir. Bd. 55, S. 495. Referat „Behandlg. d. Mastdarmfistel mit d. Op. nach Whitehead".
47. Smith: Zentralorgan f. Chir. Bd. 55, S. 495 Referat „Op. d. kompliziert. Mastdarmfisteln unter Mitteilung von Fällen".
48. Smith: Zentralorgan f. Chir. Bd. 67, S. 585. Referat „Anorectalfisteln".
49. Stemmler: D. M. W. 1919 Nr. 18. „Zur Operation der Mastdarmfistel".
50. Tavel: Dt. Zeitschrift f. Chir. Bd. 62, S. 399. „Cystische Entartung d. Sinuus Hermann und Genese d. Analfistel".
51. Thaler: Dt. Zeitschr. f. Chir. Bd. 79, S. 112. „Atypische Verhältnisse i. d. Steißgegend menschl. Föten und eines Neugeborenen".
52. Walther: Zentralblatt 1919 Nr. 50. „Zu von Hackers Aufsatz: Excision eines . . . "
53. Wideröe: Zentralblatt 1929 Nr. 5. Zur Operation der Mastdarmfistel".
54. Willrich: Berlin Klin. W. 1919 Nr. 28, S. 521, nach Aufzeichnung, v. Dr. med. E. Suntheim. „Heilung einer langwierigen Mastdarmfistel d. Saugbehandlung."

Lebenslauf.

Ich bin als Sohn des in Liepaja lebenden Arztes, Dr. Oskar Theodor Brehm am 5. 8. 1910 geboren. In den Wirren des Krieges nach Finnland verschlagen, erhielt ich dort ab 1916 den ersten privaten Schulunterricht. Nach meiner Rückkehr im Juni 1918 in das damals noch in deutschen Händen befindliche Liepaja besuchte ich hier von 1918—1922 das deutsche Lyzeum, anschließend das Gymnasium des deutschen Elternverbandes, welches ich im Juni 1929 nach bestandener Reifeprüfung verließ. Im Herbst 1929 begann ich das medizinische Studium an der Universität Königsberg Pr. und habe es ohne Unterbrechung an derselben Universität am 11. Februar 1936 mit dem Staatsexamen abgeschlossen. Meine Ferien in der Studienzeit habe ich fast ausnahmslos an verschiedenen Kliniken: (Rudolf Virchow-Krankenhaus — Berlin, Chir. Universitätsklinik — Breslau, Chir. u. Hautklinik — Tübingen, Med. Poliklinik — Königsberg u. a.) als Famulus verbracht. Vom 1. April 1936 — 30. September 1936 war ich an der Provinzial Frauenklinik und Entbindungsanstalt, Meseritz-Obrawalde als Medizinalpraktikant tätig, vom 1. Oktober 1936 — 31. Mai 1937 in gleicher Eigenschaft an der chirurgischen und inneren Abteilung des Städt. Krankenhauses, Königsberg Pr., anschließend vom 1. Juni 1937 — 31. August 1937 an der Provinzial Frauenklinik und Entbindungsanstalt, Meseritz-Obrawalde als Volontärassistent. Seit dem 1. X. 1937 als Volontärassistent an der Chir. Univ.-Klinik Königsberg Pr.